XVIII
h

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

DIRETTI DAL **Prof. DOMENICO CHIARA** (MILANO)

CON LA COLLABORAZIONE DEI SIGNORI:

Prof. **C. Belluzzi** (Bologna)
Dott. **L. Bergesio** lib. doc. (Torino)
Prof. **G. Calderini** (Parma)
Dott. **G. Casati** (Milano)
Prof. **L. Cazzani** (Cagliari)
Prof. **G. Chiarleoni** (Vercelli)
Dott. **G. Cosentino** lib. doc. (Palermo)
Prof. **A. Cuzzi** (Catania)
Dott. **V. De Paoli** (Genova)
Dott. **E. Fasola** lib. doc. (Torino)
Prof. **M. Frari** (Padova)
Dott. **E. Grassi** (Firenze)
Dott. **G. Inverardi** Torino)
Prof. **C. Liebman** (Trieste)
Prof. **G. Madruzza** (Perugia)
Dott. **O. Marchionneschi** (Pisa)
Prof. **C. Minati** (Pisa)
Prof. **O. Morisani** (Napoli)
Dott. **G. Nicola** (Mede)
Dott. **B. Nicolini** lib. doc. (Pavia)
Dott. **M. Nigra** (Castellamonte)
Prof. **E. Pasquali** (Roma)
Prof. **D. Tibone** (Torino)
Prof. **G. Valtorta** (Venezia)
Dott. **M. Vercelli** (Saluggia)
Prof. **E. Welponer** (Trieste)

E REDATTI DAI DOTTORI:

LUIGI MANGIAGALLI (Milano) — **PAOLO NEGRI** (Milano).

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS LIBRARY, LONDON

Anno IV — 1882

MILANO
TIPOGRAFIA DI PIETRO AGNELLI
Via Pietro Verri, 16.

INDICE

Memorie originali.

1. Bompiani A. — Un caso di ematocele periuterino Pag. 697
2. Calderini G. — Contributo alla diagnosi della mostruosità del feto ed alla eziologia dell'idramnios . » 101
3. Calderini G. — Una cretina ed una microcefala . . » 178
4. Calderini G. — Esportazione dell'utero dalla vagina e studii sulla operazione . . . . . » 457
5. Chiara D. — L'anno solare 1881 alla Clinica Ostetrica di Milano . . . . . » 30
6. Chiara D. — Breve relazione intorno all'anno clinico 1881 nel compartimento ostetrico; al signor Direttore dell'Ospizio provinciale degli Esposti e delle Partorienti in Milano . . . . . » 307
7. Chiara D. e Valsuani E. — Giudizio ostetrico-legale nel procedimento penale contro la nominata Luigia B. imputata d'infanticidio, avvenuto la notte dal 7 all'8 marzo 1882 in C. al C. di un bambino di circa 7 mesi, dalla stessa B. partorito poco prima » 562
8. Chiarleoni G. — Ovariotomia doppia per cisti del legamento largo di sinistra e cisto sarcoma dell'ovaio destro . . . . . » 618
9. Crapols V. — Caso di parto per la spalla favorito con il forcipe . . . . . » 172
10. Cuzzi A. — Casuistica in ostetricia e ginecologia . » 34-152-581-755
11. Fasola E. — Delle lesioni articolari ossee nei processi puerperali . . . . . » 385
12. Grassi E. — Nove mesi di incarico alla Clinica Ostetrica di Firenze . . . . . » 732
13. Griffini R. — L'Ospizio provinciale degli Esposti e delle Partorienti in Milano nel 1881. — Relazione del Direttore alla Onorevole Deputazione Provinciale . . . . . » 258

14. Inverardi G. — L'acido timico nei processi puerperali febbrili . . . . . Pag. 195–438
15. Lauro V. — Intorno a quattro laparotomie eseguite dal Prof. O. Morisani . . . . . » 627
16. Mangiagalli L. — Un nuovo contributo clinico alla cura della rottura d'utero in travaglio mediante il drenaggio, aggiunte alcune considerazioni sui casi in cui alla guarigione dell'accidente consegua un nuovo concepimento . . . . . » 682
17. Marchionneschi O. — Lochiazione, studio clinico sperimentale (*Cont. e fine*, V. pag. 685 del Vol. III, anno 1881). . . . . » 18
18. Marchionneschi O. — Note cliniche di Ginecologia, Pediatria e degli usi terapeutici dell'jodoformio . » 129
19. Marchionneschi O. — Sulla presentazione dell'addome » 538
20. Militano P. — Cannula per injezioni intrauterine . » 730
21. Musso E. — Intorno la diagnosi dei tumori addominali » 65
22. Negri P. — Qualche considerazione intorno al parto per il fronte . . . . . » 1
23. Negri P. — Intorno al passaggio di sostanza cerebrale nell'albero circolatorio del feto ne' parti artificiali . . . . . » 166
24. Negri P. — Il cranioclaste di C. Braun . . . . . » 339–422
25. Negri P. — L'operazione di Porro in Italia dal maggio 1876 al maggio 1882 . . . . . » 510
26. Negri P. Di una ovariotomia precoce; contributo alla cura dei tumori ovarici a sviluppo extra-peritoneale » 676
27. Negri P. — Di un bacino cifotico con carie ileo-femorale. Nota . . . . . » 710
28. Raffa A. — Alcune osservazioni di ginecologia operativa . . . . . » 320
29. Valerani F. — Uterus deficiens . . . . . » 529

Rassegna.

1. Bayer. — Un taglio cesareo col metodo Porro, con felice successo per la madre e per il bambino per stenosi pelvica da osteomalacia . . . . . » 454
2. Beisone G. — Gravidanza extra-uterina a termine — Gastrotomia — Morte della madre al 6° dì - feto salvo . . . . . » 54
3. Belluzzi C. — Pericoli dell'applicazione dell'uncino ostetrico all'inguine del feto nel parto per le natiche » 46

4. Belluzzi C. — Dell' uso del forcipe sulle natiche del feto nel parto podalico artificiale . . . . . Pag. 251
5. Carter. — Due casi di gravidanza extra-uterina e loro esiti . . . . . » 112
6. Cataliotti I. — Amputazione dell' utero e dell' ovaja in seguito al parto cesareo, unico esempio nella scienza chirurgica per le gravi complicazioni del fibromioma e dell'idrope-ascite, con esito felicissimo eseguita per la prima volta in Sicilia . . . . . » 455
7. Champney's. — Sul dolore nel carcinoma pelvico e suo sollievo mediante la morfina, con cinquanta casi illustrativi . . . . . » 108
8. Coniglione A. — Contribuzione allo studio del rilasciamento della sinfisi pubica e sacro-iliache . . » 48
9. Dozzi. — Storia di una amputazione utero-ovarica per ristrettezza pelvica . . . . . » 452
10. Gerhardt G. — Trattato delle malattie dei bambini » 580
11. Gotti V. — Dell'igiene degli occhi nei neonati . . » 62
12. Grandi E. — Un nuovo caso di vizio di prima formazione del cuore . . . . . » 43
13. Grigg. — Operazione di Porro . . . . . » 455
14. Guichard. — Opération césarienne suivant le procédé de Porro, chez une malade présentant une cyphose dorsale avec rétrécissement transversal du dètroit inférieur et tout le bassin oblique ovalaire, pratiquée le 22 mai 1881 . . . . . » 450
15. Harris. — Estirpazione, per errore, di un utero gravido, a Sidney, Australia . . . . . » 244
16. Herrgott. — Opération de Porro . . . . . » 449
17. Hewitt. — Informazione intorno a 67 casi di spostamenti uterini curati nel periodo di sette anni . . » 116
18. Hicks. — Caso di gravidanza extra-uterina nel 7° mese circa – subitanea insorgenza di sintomi urgenti – rimozione del feto colla incisione addominale – morte » 112
19. Intorno al taglio cesareo . . . . . » 444
20. Lesi V. — Gastro-isterotomia operata in Imola . . » 255
21. Marangoni G. — Storia di un'operazione cesarea . » 575
22. Marcacci G. — Di un nuovo processo per l' estirpazione dell' utero dal lato del ventre; e di un caso in cui fu incominciato e non compiuto . . . . . » 59
23. Merici A. — Un caso di imene imperforato . . . . » 53
24. Pajot. — Des accouchements difficiles par la direction vixieuse des forces . . . . . » 253
25. Paladini R. — La fecondità della donna nelle varie Provincie italiane . . . . . » 51

26. Peruzzi D. — Storia di doppia ovariotomia coronata da rapida guarigione e di isterotomia totale seguita da morte . . . . . Pag. 56
27. Peruzzi D. — Nota sulla terza centuria d'ovariotomie in Italia . . . . . » 576
28. Pinolini F. Casuistica di ginecologia . . . . . » 250
29. Priestley. — Sulla provocazione dell'aborto come mezzo terapeutico . . . . . » 124
30. Quattro ovariotomie . . . . . » 580
31. Reimann *in Kiew*. — Un caso di laparotomia in caso di diagnosi errata . . . . . » 249
32. Stephenson. — Sul forcipe usato come strumento rotante . . . . . » 120
33. Tait. — Sulla rotazione dei tumori ovarici sul proprio asse, causa dello strozzamento e della gangrena di essi. Tre casi felicemente trattati coll'ovariotomia immediata . . . . . » 140
34. Tibaldi A. — Cancro ematode polipiforme dell'utero » 569
35. Thiriar I. — De l'ovariotomie antiseptique considérée surtout au point de vue du traitement du pédicule et de la plaie abdominale, ainsi que de l'étude physiologique et patologique des accidents dus aux lésions nerveuses . . . . . » 513
36. Thompson G. E. — Accumulo di feci, coprostasi, diagnosticata come tumore ovarico . . . . . » 49
37. Thornton. — Rimozione di fibromi uterini mediante la laparotomia . . . . . » 111
38. Transactions of the obstetrical society of London for the year 1880 . . . . . » 108
39. Zweifel. — Contributo alla discussione del taglio cesareo col metodo Porro . . . . . » 454

Nomine.

Vedi pag. 384-528.

Cenni Necrologici.

Vincenzo Balocchi . . . . . Pag. 126

Volume IV. Gennaio 1882 N. 1.

ANNALI
DI
OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

QUALCHE CONSIDERAZIONE
INTORNO AL PARTO PER IL FRONTE

del Dottor PAOLO NEGRI
Medico 2.° Assistente alla R. Scuola di Ostetricia in Milano
diretta dal Prof. Domenico Chiara

I.

La letteratura ostetrica italiana intorno al parto per il fronte può considerarsi come recentissima: infatti tutte le pubblicazioni sull'argomento si riducono ad una monografia del Dott. Luigi Mangiagalli pubblicata nel 1880, ad un lavoro del Dott. Giuseppe Chiarleoni apparso nel 1881, e ad una nota del Prof. Domenico Chiara al trattato dei signori Cazeaux e Tarnier, traduzione italiana attualmente in corso di pubblicazione.

Vero è che non si dovrebbe giudicare della quantità ma bensì della qualità degli scritti: a me però questo non è lecito fare; credo invece sia utile il far pubblica qualche nuova osservazione che possa concorrere a meglio accertare il fatto, ed a rischiarare qualcuno dei punti controversi, specialmente quando la controversia si rifletta eziandio alla prognosi ed alla terapia.

Ma lasciamo l'astratto.

Il Dott. Mangiagalli col suo lavoro richiamò l'attenzione intorno al meccanismo del parto per il fronte che fra noi era poco, o meglio nulla, studiato, seguendo su questo argomento i clinici italiani le idee della scuola francese, che fatta qualche ec-

cezione non volle mai occuparsene, nè volle mai considerare *presentazione a sè* quella del fronte. Che le cose siano realmente così basta interrogare l'ultimo documento dell'ostetricia francese de' nostri giorni, il trattato dei signori Tarnier e Chantreuil ancora in corso di stampa. A pag. 661 parlando della varietà frontale della presentazione della faccia, ecco cosa scrivono gli autori: « Le front peut cependant rester longtemps au centre du » bassin: dans ces conditions l'engagement est difficile, il est » cependant possible, et la presentation devient régulière, la de- » flexion se complétant, lorsque le front appuie sur la perinée. » M.me Lachapelle a même vu quelque fois, mais rarement, le front » sortir le premier, soit que les efforts utérins aient suffi à son » expulsion, soit que le forceps y ait suppléé. Budin rapporte un » exemple de ce genre dans sa these. Malgré quelques faits heu- » reux, une pareille anomalie mérite d'être étudiée comme cause » de dystocie, et quand l'extension de la tête manque, l'art est » le plus souvent obligé d'intervenir. »

Mentre in Francia così si pensa e così si scrive, in Germania da non pochi, fra i quali debbono essere citati Ahlfeld e Fritsch si pensa e si scrive in modo differente; rimando alla citata (1) monografia del Dott. Mangiagalli que' lettori che ne desiderano sapere qualche cosa di più in proposito. Per lo scopo del mio scritto mi sia solo permesso di trascrivere due delle conclusioni a cui perveniva l'autore: sono la prima e la quarta: la prima dice: « Il parto spontaneo di feti a termine nella presentazione » del fronte è possibile » e l'altra: « il meccanismo del parto per » il fronte è retto da norme speciali che non debbono essere di- » menticate da chi assiste al parto od applica il forcipe, ricor- » dandoci sopratutto che l'occipite deve rotare posteriormente, » circostanza questa che costituirebbe un carattere atto a distin- » guere tali presentazioni dalle occipito-posteriori del vertice. »

Qualche mese più tardi il Dott. Chiarleoni dava alle stampe un lavoro che già da molto tempo volea pubblicare, ma che comparve solo nel fascicolo di Gennaio 1881 degli *Annali di Ostetricia Gin. e Ped.* (2). Dopo aver esposto un caso clinico osservato alla Maternità di Milano fino dal 1876, ed aver ricordate le opinioni

---

(1) *Il parto per il fronte* — Studio clinico — *Annali di Ostetricia Ginec. e Ped.*, 1880.

(2) *Distocia meccanica per presentazione del fronte* — Nota clinica.

di differenti autori sulla importanza della varietà frontale, e discorso del meccanismo del parto così conclude:

« 1.° Esistere una vera varietà frontale della presentazione della » faccia che potrebbe anche chiamarsi presentazione; 2.° che que- » sta può persistere per tutta la durata del travaglio, il quale » può anche sotto favorevoli condizioni compiersi spontaneamente; » 3.° che in questo supposto il meccanismo del parto varia da » quello che si osserva nella presentazione della faccia; comecchè » la rotazione interna, eseguendosi, porta il margine sopracigliare » in rapporto dell'arco pubico e non il mento. Che questo fatto » avvenga è a nostro avviso di assoluta necessità; mancando » (come in generale ci sembra debba mancare), il parto si fa » impossibile; 4.° la presentazione permanente del fronte per » noi vuole essere in tutto paragonata a quella della spalla, per » cui vorremmo che l'ostetrico intervenisse sempre non facendo » a fidanza col parto spontaneo. »

In una appendice al lavoro espone altri casi osservati nella sua pratica privata, ne' quali intervenne con il forcipe dopo di aver mutato la presentazione del fronte in quella della faccia abbassando il mento. Considerando poi come il parto per la faccia abbia grandissima probabilità di compiersi in modo affatto naturale, crede che sia stretto dovere dell'ostetrico intervenire in questo modo, non appena il grado di dilatazione dell'orificio uterino lo permetta. Il pronto intervenire trova una giustificazione nel fatto che l'A. ritiene solo in casi eccezionali il parto per il fronte espletarsi spontaneamente.

Il Prof. Chiara nella citata nota dichiara « che la presentazione » del fronte è molto più frequente di quanto in generale si » ammette: che la varietà frontale non si corregge con quella » frequenza che viene ammessa dagli scrittori francesi; che in- » fine si può considerare possibile causa di distocia, ma non in- » dicante regolarmente l'intervento dell'arte. » Interpretando poi i fatti soggiunge: « questi risultamenti non occorrono in nes- » suna statistica della evoluzione spontànea, nè in quella del ri- » volgimento sia per le donne che per i feti; ripetiamo adunque » che per noi, nel rispetto della prognosi non regge il confronto, » anzi l'identificazione della presentazione del fronte con quella » del piano laterale » (pag. 311).

Dalle troppo lunghe citazioni degli autori italiani, ma che era pur doveroso il fare affinchè chiari apparissero ai lettori i limiti

della questione, concorde appare il fatto che l'inclinazione frontale sia della presentazione della faccia, che del vertice, possa e debba elevarsi a dignità di *presentazione;* che per questa si accetti e si descriva uno speciale meccanismo del parto, che dovrebbe dirsi a somiglianza di quello per il vertice, per la faccia, per la spalla, ecc., *parto per il fronte:* ma a questo punto la concordia cessa; da una parte (Dott. Mangiagalli e Prof. Chiara) si ammette la possibilità del compimento spontaneo del parto per il fronte, dall'altra (Dott. Chiarleoni) la prognosi deve essere sempre sfavorevole, e sempre e prontamente si deve intervenire. In questa idea il Dott. Chiarleoni persiste nonostante che i numerosi fatti clinici offerti dal Dott. Mangiagalli dimostrino troppo frequenti le eccezioni a quanto egli afferma.

Esposto ciò mi pare prezzo dell'opera il vedere le ragioni che spinsero il Dott. Chiarleoni a tale conclusione, e dopo averle esposte il discuterle per sapere se reggono ad una critica severa; e ciò credo anzi necessario quando si pensi che su questo fatto basar si deve l'indirizzo terapeutico.

Il Chiarleoni ammette che qualora il fronte presentandosi primo al centro dello stretto superiore si abbassi fino al punto da permettere al cercine dell'orifizio uterino di risalire da una parte alla radice del naso, dall'altra fino al bregma, possa non avvenire la rotazione in avanti del fronte, e quindi si arresti il parto. Causa di questo arresto è, secondo l'A., un fatto di *pura e semplice impossibilità meccanica*, consistente in ciò: ad un certo punto (bene inteso mantenendosi il fronte più o meno centrale) viene a confrontarsi con uno de' diametri obliqui della pelvi un *diametro o meglio una linea che partendo dal naso va alla protuberanza occipitale.* Questa linea ripetutamente misurata dall'A. su feti a termine non è mai minore di 12 cent. e può, secondo il Budin (1) anche sorpassare 13 centim. Ora, seguita a scrivere il Chiarleoni, *il diametro obliquo al distretto superiore come nello scavo, su di un bacino secco misura appunto 12 cent. appena.* Ciò posto l'A. trae la conseguenza giustissima che anche non tenendo conto dello spessore delle parti molli, molto difficilmente può un diametro di 12 cent. muoversi in un canale di eguali dimensioni, anzi che assai frequentemente l'avanzamento della testa soffrirà ritardo.

---

(1) *De la tête du foetus....* Paris 1876.

Conclusione: l'espulsione del feto diventa *difficile* e *frequentemente impossibile* per il mancato moto di rotazione interna; questo alla sua volta non si compie perchè la parte presentata non può raggiungere le parti più basse del canale stante l'impegno del *diametro sopranaso-occipitale* troppo lungo qualora si confronti co' diametri pelvici.

A vero dire il ragionamento del Dott. Chiarleoni calza senza fare una grinza, ed a prima vista nessuno potrebbe impugnarlo. Ma allora come avviene che la clinica osservazione smentisce tanto frequentemente il ragionamento teoretico? Od ogniqualvolta il parto si espletò naturalmente s'ebbe sempre a fare con pelvi più grandi del normale, o con feti al disotto di quello maturo per volume e dimensioni? Escludiamo senz'altro queste due eccezioni.

La clinica quindi si trova in collisione coi principi meccanici sostenuti dal Dott. Chiarleoni: vediamo ora se per caso non fossero questi costrutti sopra base poco salda.

E prima di tutto mi corre obbligo di avvertire una cosa: per quanto io abbia rovistato nel lavoro del Dott. Budin citato dall'A. *(De la tête du foetus au point de vue de l'obstétrique*, Paris, 1876, pag. 111, con 37 tavole litogr.) non mi venne fatto di riscontrare una *linea* od un *diametro* che corrispondesse a quello che il Dottor Chiarleoni chiama *sopranaso-occipitale*, linea cioè che dalla radice del naso va alla protuberanza occipitale. Nel lavoro del Budin io riscontrai un *diametro massimo*, un *diametro occipito-mentoniero*, uno *occipito frontale* (dalla punta occipitale alla radice del naso) ecc. ecc. Non voglio negare che la linea *sopranaso-occipitale* possa anche sorpassare in lunghezza 13 cent., ma non credo che il Budin possa essere chiamato a deporne in favore, per il semplice fatto che in quel lavoro quell'autore non se ne occupò.

Ma ciò sia come non detto: anche se tale linea misurasse 15 centimetri io credo che non *potrà esser mai causa* di meccanica distocia. E perchè non si creda gratuita tale recisa asserzione prego il lettore di seguirmi un momento: memore che le figure parlano meglio delle semplici parole ho tentato di dare una dimostrazione grafica del mio asserto colla unita figura I.ª

La orizzontale PP rappresenti uno de' piani della parte alta dello scavo o quello dello stretto superiore, e la verticale S. S' raffiguri invece l'asse del bacino. Immaginiamo che la testa fetale si presenti mantenendo il fronte al centro: è evidente che la radice del naso e il centro del bregma verranno a trovarsi ad eguale altezza rispetto all' orizzontale rappresentante un piano della pelvi.

Segniamo sulla testa tre punti: uno (M) corrispondente al mento, un secondo (F) al centro della regione frontale, un terzo finalmente (O) che altro non è che il punto ove in questa testa viene a terminare il *diametro massimo*, che in questo caso cade alquanto all'avanti della punta occipitale.

Unendo i tre punti segnati con tre linee otteniamo un triangolo che altro non è che quello teorico costrutto dal Mangiagalli per dimostrare erronea la credenza della signora Lachapelle, la distocia cioè essere data dall' incontro del diametro mento-occipitale con uno de' diametri dello stretto superiore. Il Mangiagalli dimostrò che il diametro mento-occipitale non può mai trovarsi parallelo al piano dello stretto superiore; il triangolo inscritto nella mia tavola ripete la dimostrazione e risponde anche ad una piccola accusa che da taluno potrebbe venir mossa al Dott Mangiagalli, il non aver preso in considerazione il *diametro massimo*. Il sopracitato lavoro del Dott. Budin dimostra infatti poco esatta la credenza di tutti quelli che scrivendo del capo fetale a termine, chiamano il mento occipitale il diametro più grande; il diametro più lungo termina invece sulla sutura sagittale a distanza varia dalla fontanella posteriore (fanno solo eccezione le teste deformate nel parto per la faccia). Ma fin qui nulla io ho aggiunto a quanto così chiaramente volle esporre il Dott. Mangiagalli.

Consideriamo adesso la linea *sopranaso-occipitale* invocata dal Dott. Chiarleoni: uniamo i due punti R (radice del naso) T (tubercolo occipitale esterno) colla punteggiata R T. Che cosa mostra il tracciato? Mostra che la linea sopranaso-occipitale si avvicina molto più alla *verticale* che alla *orizzontale*, il che corrisponde al dire che nel parto per il fronte la linea suddetta sta molto più vicina all'*asse* che non al *piano* della pelvi. Che resta ora della pura e *semplice impossibilità meccanica* invocata dal Dottor Chiarleoni? Se io non prendo grosso abbaglio mi pare che non ne rimanga nulla. Si può infatti dare qualunque dimensione alla linea R T, anche raddoppiarla senza che possa mai avvicinarsi

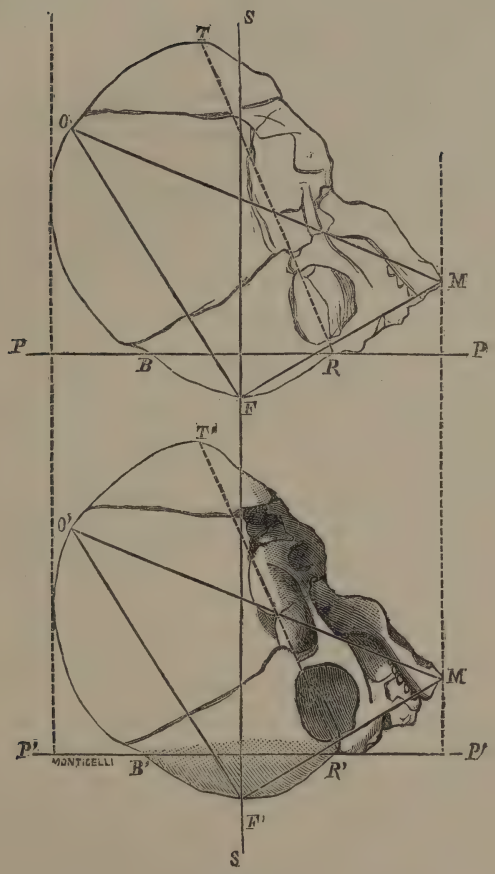


FIGURA I.ª

ad uno de' piani del bacino, senza perciò che mai possa venire a confrontarsi con uno de' diametri obliqui.

Nella stessa tavola ho fatto disegnare la testa che dapprima si trovava nel piano PP, una seconda volta in un piano più basso P′ P′: è inutile soggiungere che dati i medesimi rapporti, eguali restano ancor quelli della nuova linea R′ T′.

Concludo adunque che *non può imputarsi il mancato moto di rotazione interna nel parto per il fronte, ad una sproporzione fra la linea sopranaso-occipitale ed uno de' diametri obliqui.*

E che la cosa sia realmente così cercherò ora di dimostrarlo anche con la osservazione clinica, narrando un caso che io stesso potei a mio agio seguire e che riesce interessante per molte ragioni.

II.

N. 156 del 1881. — Il 17 luglio veniva inviata alla Maternità una contadina di anni 32 perchè ritenuta in condizioni anormali relativamente all' imminente travaglio di parto. Esporrò qui il risultato dell'esame istituito il giorno stesso.

Notizie anamnestiche. — Attende ai lavori campestri ed alle faccende domestiche. Non ebbe mai malattia d' importanza; fu mestruata per la prima volta a 15 anni e da quell'epoca sempre regolarmente.

Da sette anni passò a marito e prima dell' attuale ebbe 5 gravidanze. La prima si interruppe spontaneamente al 6° mese (gemellare), la seconda al principio del 9°, la 3ª, la 4ª e la 5ª furono portate a termine.

Parti sempre spontanei e facili — non allattò mai per insufficiente secrezione lattea. Fu mestruata per l'ultima volta ne' primi giorni del novembre 1880. La donna ci fa notare che fino dall'epoca della 4ª gravidanza il suo ventre s' era fatto oltremodo sporgente all' innanzi e cadente in basso; che anche dopo il parto perdurava tale cosa in modo da *sembrare ancora gravida.*

Durante la successiva (5ª) s' accrebbe tal fatto e si accentuò ancor più nell'attuale (6ª).

Esame fisico. — È di costituzione generale abbastanza buona e di discreta nutrizione. Nulla di speciale riscontra l'esame degli organi del capo e del petto.

Interessante è invece l' esame dell' addome. Per la presenza di

uno *sventramento* il viscere gestante è portato in esageratissima antiversione: l'utero è coperto da tegumenti addominali tanto assottigliati da potersi paragonare per spessore ad un foglio di carta; tre grosse vene decorrono ne' tegumenti e l'apice della prominenza addominale presenta piccole esulcerazioni e crosticine.

Mettendo la donna in piedi il tumore uterino cade all'avanti e viene a distare di poco dalla superficie anteriore delle coscie; in questa posizione la parte più bassa del tumore dista dal suolo 67 cent.; la verticale calata dal bellico percorre cent. 91 prima di toccare il suolo. La circonferenza massima addominale segna cent. 109 e cade in un piano obliquo dall'indietro all'avanti e dall'alto al basso. Il bellico ne risulta spostato in alto poichè tutto l'utero si forma una specie di sacca col tratto di parete addominale compreso fra bellico e pube. Infatti partendo dal margine superiore del pube e seguendo la curva fatta dall'addome, per arrivare alla cicatrice addominale si percorrono cent. 41, mentre il bellico dista dall'apofisi ensiforme solo cent. 13.

Mettendo la donna supina questa patologica antiversione diminuisce alquanto ma non si corregge. Ed invero la circonferenza addominale massima da cent. 109 si riduce a cent. 102, ma quella presa a livello del bellico non raggiunge che cent. 91. Stando la donna supina la elevazione massima del tumore è di cent. 27. La semicirconferenza trasversale dell'utero è di cent. 36, quella longitudinale di 35. Le vene che percorrono la faccia anteriore decorrono dall'alto al basso parallelamente alla linea alba e si fanno più turgide nella posizione eretta. Prendendo il pendulo addome con ambe le mani si può ridurlo fino al punto in cui l'asse uterino diventa verticale al piano addominale, ma non si può insistere ne' maneggi perchè la esulcerazione notata all'apice del tumore (dovuta allo sfregamento delle vesti) desta dolore.

La palpazione lascia sentire l'estremo cefalico allo stretto superiore, il dorso fetale si palpa alla superficie posteriore dell'utero divenuta superiore e quasi anteriore, le parti piccole fetali in corrispondenza della superficie anter. che meglio dovrebbe dirsi inferiore e posteriore.

Il riscontro vaginale trova la porzione sotto-vaginale dell'utero portata in alto e posteriormente, tutta rammollata, raccorciata a contorno irregolare. Attraverso il segmento uterino inferiore molto assottigliato è facile sentire il vertice fetale allo stretto superiore. — La pelvi normale.

Come primo risultato dell'esposto reperto sarebbe stato nostro dovere d'applicare addatto presidio chirurgico onde correggere quella patologica antiversione. Ma ogni nostro tentativo non approdò per la presenza della notata esulcerazione cutanea. A questa adunque si dovette dapprima pensare e nel frattempo si sperò che alquanto avrebbe giovato il semplice decubito dorsale a letto.

Andamento del parto — Cinque giorni dopo (il 22 luglio) alle ore 6 $^3/_4$ pom. la donna mentre stava seduta a letto senza precedenza di contrazioni uterine dolorose, avverte di perdere liquido amniotico: dopo qualche minuto la levatrice 1ª assistente visitando la donna resta colpita della quantità di meconio che colava dai genitali; esplora la donna e riscontra il collo non ancora completamente scomparso, dilatabile a 3-4 cent., il vertice allo stretto superiore, ed una lunga ansa di cordone ombellicale procidente in corrispondenza della sinfisi sacro-iliaca sinistra. D'urgenza pratica la riduzione del cordone col processo di Dudan: durante la manovra avvertì (nello spingere in alto la siringa guidata da due dita) di aver vinto una resistenza piuttosto forte e vide quasi contemporaneamente colare dai genitali qualche goccia di sangue. Al momento della riduzione le pulsazioni del cordone erano rare ed irregolari; qualche tempo dopo la donna non avvertì più i moti attivi fetali e la ascoltazione più non rinvenne il doppio battito cardiaco.

Io la veggo in compagnia del Prof. Chiara alle ore 8 $^1/_2$ pom. La dilatazione della bocca uterina non avea fatto progressi; il vertice era sempre allo stretto superiore: la sutura sagittale si esplora nel diametro obliquo destro ed all'avanti verso la branca orizzontale del pube di destra si arriva sopra uno spazio membranoso che ha i caratteri del bregma. La palpazione dà i medesimi risultati sopranotati.

Il cordone è completamente ridotto; il battito cardiaco non si percepisce.

Rivedo la donna alle 11 pom.; le contrazioni uterine si sono regolarmente avviate; l'utero sempre pendulo all'avanti nella calma, durante la contrazione si porta quasi verticalmente al piano addominale: la bocca uterina è dilatata a circa 6 cent; il bregma sta sempre sopra e dietro la branca orizzontale del pube destro e la sutura sagittale nel diametro obliquo destro. Si convalida quindi la diagnosi già emessa, di presentazione del ver-

tice in posizione O I S P, ma alquanto esteso, il bregma trovandosi più basso della fontanella triangolare.

Ore 2 ant. del 23 luglio. — Le contrazioni continuano sempre valide ed assumono ora il carattere delle espulsive — la dilatazione della bocca uterina è completa: il bregma che prima si sentiva in avanti ed a destra si esplora ora nella direzione della sinfisi sacro-iliaca sinistra e solo nella sua parte anteriore. Il centro della parte presentata è costituito dalle bozze frontali; la sutura bifrontale si trova pressochè nel diametro obliquo destro, ed avanti ed a destra là ove prima si esplorava il bregma, si esplorano adesso la radice del naso e le arcate sopracigliari; a questo momento valide continuando le contrazioni uterine la parte è già profondamente immessa nello scavo. Dopo qualche contrazione (assai valida e molto dolorosa) la parte sempre coi rapporti sopranotati è allo stretto inferiore; a questo punto la testa ruota e sotto l'arcata pubica vengono a trovarsi le arcate sopracigliari ed il dorso del naso; il fronte occupa tutta la vulva e sporge da questa: a questo momento durante una valida contrazione la testa si flette, vertice ed occipite si disimpegnano successivamente alla forchetta; al movimento notato ne tien dietro un altro in senso opposto, più limitato e con questo il resto del naso, la bocca ed il mento si sprigionano sotto il pube.

Qualche momento dopo si compie spontaneamente il moto di rotazione esterna a sinistra e senza alcunchè di speciale il restante del feto viene espulso.

Cinque minuti più tardi avviene la espulsione degli annessi fetali.

Durata complessiva del travaglio ore 7 minuti 45 — il periodo dilatante richiese 7 ore, quello espulsivo minuti 45.

Esame del feto. — È a termine; ciò è accertato dai caratteri generali, dal peso e dalle dimensioni: infatti sorpassa i 3 chilogrammi (gr. 3050), è lungo mill. 490 e presenta un diametro biparietale di mill. 92.

Il tumore di parto occupa tutta la regione sopranaso-bregmatica; qui i tessuti sono caratteristicamente inspessiti ed una quantità discreta di sangue sta in essa raccolta. Il *naso è letteralmente schiacciato.* L'unita fig. II[a] è tratta dal modello in gesso che io feci del capo fetale, immediatamente dopo la espulsione.

Esame degli annessi. — Pesano grm. 700 — Il cordone è lungo cent. 93. Circa un quinto della superficie uterina della placenta è coperta da coaguli recenti; sulla zona corrispondente al margine placentare là ove si vedevano anche rotte le membrane, scorgesi un solco bluastro della lunghezza di 7 ad 8 cent. e che corrisponde per forma e dimensioni alla impronta che può lasciare una ordinaria siringa elastica.

Il *puerperio* decorse apiretico ed in 9ª giornata la donna rimpatriava munita di opportuna ventriera.

III.

Interpretiamo ora l'osservazione e nello studio del caso seguiamo l'ordine cronologico dei fatti.

Il primo consiste nella procidenza del cordone ombellicale. Ne caso in discorso molti furono i fattori che concorsero a determinarlo: in primo luogo la posizione semieretta della donna; il fatto del nessun impegno della parte presentata, finalmente la lunghezza del cordone ombellicale, debbono esser stati altrettanti fattori che determinarono la procidenza al momento della rottura delle membrane. Abbiamo notato che il cordone era lungo 93 cent.; consultai in proposito vari autori: trovo nella citata opera di Tarnier e Chantreuil che il Tarnier fece misurare alla maternità di Parigi 2505 cordoni ombellicali; fra questi il più corto non misurava che cent. 14, il più lungo 116; ma dallo specchio ricavo poi che sul numero complessivo di 2505 solo 14 stanno fra 90 e 116 centim.; cosicchè è giustificato il considerare come lungo quello del nostro caso (93). Giacchè abbiamo parlato della procidenza facciamo anche la critica della cura attuata.

Nelle condizioni del caso l'intervento nostro in nulla avrebbe differito da quello seguito dalla levatrice 1ª assistente: in quelle condizioni l'unico tentativo dovea riporsi nella riduzione strumentale, ma nel praticarla s'è avverato un fatto molto singolare, il cordone cioè sottratto alla compressione fra testa e pelvi trovò un'altra sorgente di danno per essere stato portato fra placenta ed utero. La nostra supposizione è appoggiata al fatto della resistenza superata nell'introdurre la siringa, nel sangue uscito subito e che sotto forma di lieve stillicidio continuò a colare durante il parto, ed ancor più nel reperto *letto*, mi si perdoni la

FIGURA II.ª

frase, sulla placenta stessa. Forse ciò avvenne date le condizioni anormali di posizione dell'utero.

Ed ora parliamo di queste. Che l'antiversione portata al punto in cui la osservammo possa esser causa di distocia è chiaro: perchè infatti il parto si espleti è necessario che asse del feto, asse dell'utero, asse della pelvi coincidano — nel caso nostro tale coincidenza non c'era: scrive il Barnes (1): « Il y a une cause de » dystocie dans un ventre pendant, ce qu'on rencontre fréquem- » ment chez les multipares, dont les parois abdominales n'ont » plus de fermeté; l'utérus appuyé sur le pubis, n'a plus son » grand axe dans l'axe du détroit supérieur; s'il se contracte, il » poussera la tête contre l'angle sacro-vertebral. »

Quali furono le conseguenze di ciò nel caso osservato? Importanti a mio modo di vedere debbono considerarsi e specialmente nell'argomento del parto per il fronte: io credo anzi che date tutte le altre condizioni il parto si sarebbe compiuto con il meccanismo del parto per il vertice, ma a ciò s' oppose la antiversione.

All'inizio del travaglio noi constatammo infatti una presentazione del vertice in posizione occipito-iliaca sinistra posteriore: vero è che la testa non era flessa come avrebbe dovuto esserla, ma non è infrequente il vedere e specialmente nelle occipito-posteriori, un certo grado di estensione del capo, che anzi non si compie nel maggior numero de' casi la rotazione interna se non quando la flessione si sia compiuta. Nel caso osservato la trasmissione della potenza uterina, la sola che agisse nella donna, facendosi lungo la colonna vertebrale del feto, non poteva dare il frutto che avrebbe dovuto, in causa della cattiva direzione, e l'occipite fetale che primo avrebbe dovuto discendere trovava invece un novello ostacolo nella parete posteriore della pelvi contro la quale appunto l'utero lo spingeva. Nessuna meraviglia che non arrivando a vincere l'ostacolo, arrestata quindi la discesa dell'occipite e pur tuttavia continuando le contrazioni uterine, la testa si sia deflessa al punto da sostituire all' esistente presentazione del vertice un' altra intermedia fra questa e quella della faccia, ossia quella del fronte.

Noi eravamo quindi di fronte ad un caso di *presentazione secondaria del fronte.*

---

(1) *Leçons sur les opérations obstétricales.* — Trad. Cordes, Paris 1873.

Determinatasi questa nuova presentazione il travaglio non si arresta, anzi con relativa rapidità si espleta, ma si compie senza aumentare la già avviata deflessione, cioè senza determinare una presentazione della faccia. Dall'esposto andamento del travaglio avrà potuto vedere il lettore come poche contrazioni uterine sieno bastate a portare il fronte sotto e fuori dell'arcata pubica, vale a dire come il moto di rotazione interna si sia compiuto, in opposizione alle idee professate dall'egregio Dott. Chiarleoni.

Debbo inoltre far ancora notare che il periodo espulsivo durò 45 minuti. — E qui mi si potrebbe dire: una donna arrivata al 6° parto con pelvi normale, con feto di regolare sviluppo, poteva liberarsi in un tempo assai più breve. — Ed io accetto la osservazione, ma non posso dimenticare che nel nostro caso deve aver avuto la sua parte nel relativo ritardo dell'espulsione, il fatto che le potenze ausiliarie erano affatto mancanti, che anzi potevano fino ad un certo punto considerarsi come opposte esagerando cioè la già marcata antiversione uterina.

A rendere completa la osservazione dovrei aggiungere qualche cosa intorno all'esame del feto. La Figura II^a^ mi assolve dal parlare della speciale deformazione del capo fetale; l'esame del cranio preparato a secco (angolo mastoideo, stato delle fontanelle e suture ecc.) mi pare in tale caso trascurabile, trattandosi di una *presentazione del fronte determinata dal fattore antiversione uterina.*

Prima però di por termine voglio richiamare l'attenzione del lettore sopra due fatti che possono giovare nella diagnosi della presentazione in discorso.

Appartengono tutti e due alla palpazione. Mi avvenne in un caso (che sarà forse un giorno reso pubblico) di sospettare una presentazione del fronte da un singolare reperto avuto colla palpazione. Riscontravo cioè in corrispondenza del quadrante inferiore destro, subito al disopra della branca orizzontale del pube una parte che mi si mostrava di forma triangolare con apice rivolto all'eminenza ileo-pettinea (trattavasi di pelvi viziata e quindi la testa era appena impegnata allo stretto superiore) era mobile precisamente come quando si faccia aprire o chiudere la bocca a un neonato mettendo l'apice delle dita sul mento. Il reperto mi fece credere subito ad una presentazione del fronte; il riscontro mi tolse dalla buona via, ma essendo poi occorsa operazione embriotomica (cranioclastia) dovetti convincermi che il risultato della

palpazione era stato esattissimo. Io dunque richiamo l'attenzione sul fatto che in circostanze favorevoli (parte non impegnata, pareti addominali sottili, dorso del feto volto all'indietro) la palpazione del mento può tornare utile; cosa del resto che era già stata anche notata da quell'attento osservatore che è il Prof. Budin.

Ricercando infatti dall'epoca nella quale io avea notato quel singolare reperto, se anche a qualche altro fosse avvenuto qualche cosa di simile, vidi con piacere che nel citato lavoro *(La tête du foetus*, ecc.) a pag. 51 all'osservazione LXIV il Budin scrisse: (è il responso che dava la palpazione in un caso di presentazione della faccia in posizione M I S T) « Au dessus du détroit supé-
» rieur, on sent la tète; mais tandis que d'un coté, à droite, existe
» une partie arrondie qui vien se mettre en rapport avec le dos
» du foetus dirigé de ce côté, ou trouve, au contraire, du côté
» gauche du détroit supérieur une surface plane dirigée en haut,
» *surface qui se termine par un arc osseux ; c'est manifestement le*
» *maxillaire inférieur et le menton* ».

Nel caso mio il mento si trovava alquanto più in alto per il fatto che la presentazione non era della faccia ma del fronte, più netta quindi la impressione lasciata dalla parte e possibili i movimenti notati.

Sull'altro fatto ha richiamato l'attenzione il Dott. Fischel assistente al Prof. Breisky in Praga (1).

Consiste nella ricognizione dell'impulso cardiaco fetale attraverso le pareti addominali ed uterine. Certo che anche per questo le circostanze debbono essere favorevoli.

Termino con un voto: che al chiarissimo Prof. Chiarleoni sia dato di poter assistere ad un compimento spontaneo di un parto per il fronte, onde possa modificare alquanto le sue idee relativamente alla prognosi un po' troppo grave che egli porta, e con un ringraziamento al Prof. Domenico Chiara che mi permise anche questa volta di largamente usare del materiale della Clinica da lui diretta.

Dalla R. Scuola di Ostetricia il 23 *dicembre* 1881.

---

(1) *Ueber ein bisher noch nicht beobachtetes Phènomen bei deflexionslagen*, II. Prager. *Med. Woch*, 1881, N. 8.

NOTA

Lo scritto era già consegnato al tipografo allorquando mi capitò sottomano un nuovo lavoro del prof. Chiarleoni. Vide la luce nella *Gazzetta degli Ospitali*, anno III, N. 1 e 2 e porta il titolo: *Ottimismo e pessimismo intorno alla presentazione permanente del fronte.* — In questo scritto l'A. dimostra anche col mezzo della aritmetica, come la prognosi del parto per il fronte debba essere assai riservata: imperocchè stando alla statistica che egli porta, solo il 17,74 sarebbe il percento dei parti spontanei; insiste egli perciò sulla necessità di appaiare la presentazione permanente del fronte con quella del piano laterale.

Io non entro nella questione perchè lo scopo del presente scritto altro non era, che quello di dimostrare ancora una volta in primo luogo *essere possibile* il parto spontaneo nella presentazione del fronte, dato un feto di volume normale, ed una pelvi non eccedente le dimensioni di quella accettata per normale; in secondo luogo: non *doversi accettare* la ragione portata in appoggio alle sue idee dal Dott. Chiarleoni, addebitarsi cioè la impedita espulsione, all'incontro del diametro sopranaso-occipitale con uno dei diametri obliqui.

Lascio giudicare all'imparziale lettore se io abbia raggiunto lo scopo che mi proponevo.

LOCHIAZIONE

Studio clinico sperimentale

del Dottor **OTTAVIANO MARCHIONNESCHI**

Aiuto alla Clinica Ostetrica e Ginecologica della R. Università di Pisa

diretta dal Cav. Prof. **CARLO MINATI**

(*Cont. e fine, v. N.* 11-12, 1881)

PARTE TERZA

Nell'ultimo quesito che io mi feci e cui in generale crederei avere a sufficienza risposto, si chiede ancora quali provvedimenti profilattici sieno a suggerirsi a vantaggio di tutte le puerpere una volta che pure sotto ogni aspetto riconosciute sane e con funzioni uterine normali, i lochi ospitano ciò non ostante microbi.

Se il nemico ormai segnato a dito e quasi fotografato (il germe vivente, il germe contagio), giunge fino a stabilire temporaneamente entro esse silenziosa dimora e può di momento in momento assalirle quasi di soppiatto per terminare poi palesemente con sacrificarle, chi è che non veda quanto sia urgente di raddoppiare, di centuplicare le misure di difesa? Queste si compendiano tutte nella profilassi puerperale; di conseguenza ho da spendere alcune parole intorno ad essa.

La *profilassi* in ostetricia, dopo gli ultimi studi, prese il nome di *antisettica* in genere, ed a specializzarne la modalità vennele aggiunta la qualifica — *Listeriana* — dall'autore che prima dettavane le norme per le applicazioni alla chirurgia e che proclamò la virtù parassiticida disinfettante antisettica, antiputrida in alto grado dell'acido fenico: e così ne fu prima creata una profilassi antisettica listeriana per la chirurgia, donde poi passò alla specialità tocologica ed avemmo l'ostetricia antisettica, l'antisepsi, le cautele, le precauzioni antisettiche, listeriane in ostetricia.

Oggidì questo sistema d'antisepsi si è assicurato la simpatia, guadagnata l'approvazione, il culto più fervido degli ostetrici,

puossi dire in ogni luogo. Se esiste una qualche Maternità dove non sia ancora adottato, come per es. a Wuzburg, è proprio il caso di ripetere con il poeta: *rari nantes in gurgite vasto.*

Non è mio attuale scopo il magnificare i pregi del sistema di Lister in ostetricia. Sono troppo chiare e lampanti le prove irrefiutabili del benefico influsso esercitato da questa umanitaria innovazione profilattica, sono troppo divulgati gli splendidi successi che la celebrarono. In Inghilterra è incominciata da qualche tempo una guerra accanita contro il Listerismo in chirurgia, e secondo quanto ci riferisce il Dott. Poggi (1) ne sarebbero ora sostenitori principali il Bantock, il Fait, l'Holmes, ecc.; ma il fuoco è ben sostenuto dall'altra parte e prendendo a considerare il sistema del Lister nella pratica ostetrica si può asseverare vincitore ormai d'ostacoli e di nemici: di recente nel Congresso Medico di Londra, calorosamente il difesero lo Spiegelberg, il Reid, il Tarnier, il F. Barnes, il Winckel, ecc. Parlano poi abbastanza a favore le ultime rigorose statistiche delle maternità, degli ospizi per le partorienti e degli istituti clinici ostetrici, quando (per citare una delle più grandi maternità) a Vienna, dalla mortalità del 10,4 per 0|0 si è potuti discendere e mantenersi a quella del 2 per 0|0, in virtù delle misure antisettiche iniziate dal celebre Semelweis e continuate dipoi dallo Spaeth e dagli illustri fratelli Braun. Mi sarebbe facile presentare una bella nota di tante maternità nelle quali per opera dei fidenti seguaci di Lister, le nere cifre del 12,14 per 0|0 si trasformarono nelle più confortevoli del 2, dell'1 per 0|0.

Il Prof. Cav. D. Chiara, nelle sue lettere-rendiconto al signor Cav. R. Griffini, anno 1880, dopo avere minutamente e ordinatamente dimostrate le cautele antisettiche usate nell'Istituto Ostetrico ch'ei dirige, termina con queste parole « l'indice della mortalità nell'anno 1879 fu basso, quale mai non si vide ; nel primo semestre del 1880 lo stato sanitario si mantenne ottimo, non avendo a registrare che due casi di processi alquanto gravi e un decesso solo per tubercolosi polmonare; è lecito pertanto credere che non si sia vittima di grossolana illusione quando si fanno derivare questi ottimi effetti dalla causa che chiamasi profilassi antisettica. »

---

(1) *Lo Sperimentale*, Giornale Italiano di Scienze Mediche, diretto dai Professori G. Pellizzari, P. Burresi, G. Corradi, redatto dal Prof. A. Filippi. Firenze 1881.

Ho citate queste espressioni poichè mi sembra che non si possa dire nè di più nè più bene a sostegno della nostra tesi.

Sia dunque lode a chi prima caldeggiò tanto le misure antisettiche e le volle, come nelle sale chirurgiche, adottate pure nelle maternità; e sia lode ancora a tutti coloro, i quali, malgrado le incolpazioni più gravi addebitate ed i molteplici atti di accusa intentati all'acido fenico, gli continuarono tale una fiducia da porre in opera ogni mezzo valevole a diffondere la di lui azione, sicchè niente vi si sottraesse, fosse pure il più riposto angolo di una stanza o l'oggetto il più umile ed il meno considerato, fosse infine un nonnulla purchè però in un qualche rapporto di vicinanza con la partoriente e con la puerpera. Chiara, Tibone, Cuzzi, Calderini, Porro, Bergesio, Mangiagalli furono i più fervidi propugnatori dell'ostetricia antisettica: fra questi chiedo il permesso di mettere anche il mio *povero me*, cedendo la mia parte della lode più sopra in distribuzione, a tutti gli altri che ebbero agio di attuare più estesamente e ripetutamente il sistema listeriano e contentandomi di avere insistito sulle proposte che avvisai giovevolissime e in parte tradussi in pratica fino dal 1878. Pubblicai il luglio del 1879 nell'*Indipendente* di Torino una lettera diretta al Cav. Prof. D. Tibone, esponendovi alcune idee e proposte d'antisepsi ostetrica, già approvate nell'anno scolastico 1878-79 dal mio Maestro Prof. Carlo Minati, il quale davami pur licenza di eseguirle nella Clinica Ostetrica della R. Università di Pisa; dove pure vennero ben presto favorevolmente accolti dal Prof. Direttore stesso i principali consigli del Lister. Io proponeva in quella mia lettera più che altro le polverizzazioni fenicate non solamente all'esterno ma nell'interno della vagina e, con certe cautele, perfino le polverizzazioni endo-uterine.

Ma veniamo alla profilassi del puerperio.

Noi non pensiamo col Tarnier essere giusta e bene istituita la distinzione che il Legroux pose del puerperio. Chiamò *grand état puerperal* l'insieme dei fenomeni notabili in donna di recente sgravata, e *petit état puerperal* l' insieme delle modificazioni dell'organismo durante la gravidanza e l'allattamento. Non crediamo neppure lodevole il tenere, ad imitazione degli antichi Romani (Stoltz), il nome di puerpera a comune con la partoriente, e come indicante ad un tempo i due stati per noi disparatissimi e tanto meno volentieri sottoscriveremo la definizione del Monneret per il quale *puerperio* o *puerperalità* sarebbe lo stato fisiologico dall' istante

che il nuovo essere si è nidificato nell'organismo materno fino a che dura ad aver rapporti con la madre. Per noi invece il *puerperio* o *puerperalità*, come più piaccia denominarlo, è *quello stato in cui si trova l'organismo della donna dall'espulsione dell'ovo intiero fino a quando l'utero ha ripreso i caratteri che deve avere nello stato di vacuità*, come bene lo definisce il Prof. Minati nel suo più volte ricordato libro d'ostetricia minore; ossia una condizione tutta differente dalle altre due della gravidanza e del parto. Pur non ostante ritengo che la profilassi della puerpera non possa isolarsi, circoscriversi solo al periodo di tempo in cui alla donna spetta un tal nome, ma estendersi più indietro ancora, quella trovando il necessario suo complemento nelle profilassi della gravidanza e del parto. Toccherò quindi brevissimamente d'ognuna diffondendomi però un poco più sopra quanto è diretto allo stato puerperale.

Il Cav. Prof. Domenico Chiara divise in cinque parti la profilassi antisettica in ostetricia:

1. Profilassi relativa agli esercizi diagnostici ed alle ordinarie esplorazioni digitali.
2. Profilassi per il parto naturale.
3. Profilassi per il parto artificiale.
4. Profilassi nel puerperio.
5. Profilassi riguardo all'importazione dell'infezione.

Lucas-Championnière, nella sua chirurgia antisettica, riassume le pratiche di profilassi come appresso:

1. Prevenire l'introduzione dei germi (antisepsi prima del parto).
2. Paralizzare la loro azione (antisepsi dopo il parto).
3. Chiudere le vie d'entrata, vene, linfatici, trombe (impiego d'ecbolici).

Volendo semplicizzare, si potrebbe comprendere tutte le misure antisettiche in due grandi categorie che io denominerei così:

I. Profilassi *nella* gestante e *nella* puerpera.
II. Profilassi *per la* gestante e *per la* puerpera.

Nella prima farei entrare l'attuazione delle comuni prescrizioni dell'igiene, di quelle tendenti a mantenere la nettezza, la pro-

prietà di tutto il corpo della donna, bagno, ecc., e più specialmente delle vie genitali, poi le misure vere e proprie d'antisepsi listeriana e porrei:

a. Le lavande fenicate vaginali al momento dell'ammissione delle donne in Maternità.

b. Nel primo periodo del parto l'applicazione alla vulva di compresse prima intrise di soluzione acquosa di acido fenico (2 e 1|2 per 0|0) e poi spremute.

c. Polverizzazioni fenicate per tutta la durata del secondo periodo, tanto nel parto naturale che artificiale.

d. Le irrigazioni e polverizzazioni fenicate vaginali subito dopo il parto, alle quali deve succedere una intiera medicatura alla Lister e ciò per alcuni giorni, esistano o no contusioni, escoriazioni o lacerazioni alle pudende.

e. Occorrendo, irrigazioni fenicate endo-uterine con la sonda di Fritz e Bozenam o polverizzazioni con istrumento adattato. — Evitare l'introduzione della mano e del dito esploratore stesso in vagina e più che mai nell'utero se non appariscano necessarissime (Spiegelberg). —

Nella seconda categoria dovrebbero andare:

α. La disinfezione generale degli individui ammessi a visitare la Maternità e le ricoverate, e questa da praticarsi facendo che chi è per avvicinare una puerpera si trattenga qualche poco in una stanza (presso l'ingresso) dove sia prodotta una continua e fitta nebbia fenicale. Ciò più specialmente è raccomandato se abbiasi avuto sentore di un qualche caso sporadico di infezione puerperale, che secondo alcuni dovrebbe imporre perfino la temporaria cessazione dell'esercizio professionale.

β. La ventilazione, l'areazione ben fatta delle sale, la disinfezione più accurata della stanza del parto affidata a potenti grandi polverizzatori, l'elevato riscaldamento e la disinfezione della biancheria, la remozione sollecita di essa appena ha servito.

δ. L'isolamento delle malate e loro assistenti e curanti, delle ammittende se subirono atti istrumentali e manovre ostetriche, se furono o sono in lungo travaglio di parto (Prof. Chiara). La severa osservanza delle cautele antisettiche durante l'istruzione clinica, e quest'ultima da impartirsi solo nei giorni susseguenti

all'insegnamento d'anatomia patologica, alle necroscopie ed alle dissezioni (Prof. Calderini).

ε. La toelette alla Lister nel personale d'assistenza e d'istruzione, sia per gli abiti, per le mani e più ancora per il dito esploratore.

ϰ. La disinfezione degli istrumenti e degli oggetti tutti occorrenti.

Non mi accingerò a sviluppare uno ad uno tutti questi punti, poichè dovrei rivangare un terreno sfruttato e risfruttato poi dai solerti Direttori dei nostri istituti clinici e perchè a colui che fosse vago di approfondire studii e conoscenze in fatto di antisepsi ostetrica è ammannito un eletto pascolo di chiare, ordinate e molteplici norme nelle varie pubblicazioni dei nostri stessi Professori.

Pur non ostante non so esimermi dal tessere una qualche illustrazione intorno a taluni di quei punti, divisando di avvalorare meglio che potrò le altrui proposte relative, ed avendo in mente di aggiungerne altre mie proprie, apparsemi fin da principio interessanti e per prove esperimentali dimostrate in appresso sane, utili ed energicamente efficaci.

I punti cui ora accenno sono *c*, *d*, *e* della prima categoria e α della categoria seconda.

Io, nel principio dell'anno corrente, constatai, per molti e ripetuti esami microscopici del secreto lochiale, che vi alloggiano germi infettivi fino dai primi giorni di puerperio e senza che se ne abbiano sintomi morbosi generali o locali che li diano a sospettare. Ciò fa supporre che possano essere penetrati e sviluppati nelle vie genitali, a buon'ora, innanzi anche l'effettuazione del parto o durante questa, favorendo l'entrata loro, la disposizione che assumono le parti genitali, allorchè fanno largo al corpo fetale, dal di dentro al di fuori destinato a percorrerle.

Si comprende così la opportunità, la necessità e l'utilità delle polverizzazioni fenicate dal principio alla fine del periodo espulsivo *(punto c)*, e queste polverizzazioni sono da praticarsi con le regole ed i modi seguiti giustamente dai Professori Chiara, Tibone, Cuzzi e da noi stessi, dirigendo il getto del polverizzatore sulle pudende esterne tenute un poco divaricate fra loro.

Sempre partendo dalla certezza acquistata della presenza di microrganismi nei lochi del primo e dei varii successivi giorni di puerperio, io aggiunsi di mio il suggerimento di praticare oltre

che le irrigazioni, le polverizzazioni fenicate *endo-vaginali* o *interne* subito dopo il parto con susseguente medicatura listeriana da protrarsi almeno fino al decimo giorno, regolando la frequenza di dette pratiche sull'esame microscopico della lochiazione, sullo stato dei tessuti genitali, e non dispensandosene neppure quando quest'ultimi sieno integri del tutto *(punto d)*.

Riposi grande fiducia nelle polverizzazioni non tanto perchè mi corrisposero benissimo allorchè le attuai in casi di processi puerperali a lochiazione fetida e con ipertermia generale e locale, ma sivvero ancora per i pregi ad esse inerenti. Così osservai che: mercè la nebulizzazione di acqua fenicata ogni più ascoso angolo, ogni più minuta piega dei tessuti dei genitali veniva sicuramente a risentire l'azione disinfettante, e che: senza andare incontro a pericoli, il getto di nebbia poteva essere assai forte e quindi capace d'inoltrarsi più profondamente dell'onda fenica, perchè a quest'ultima è necessario dare più moderata propulsione:

che: la disinfezione si diffondeva maggiormente all'intorno della località fatta bersaglio alla rugiada fenica

che: l'azione di contatto è più dolce perchè meno circoscritta e maggiormente suddivisa

che: rinnovandole spesso o continuandole per qualche poco detergono assai bene e anche con esse si asporta il materiale infettante amovibile.

Come ci conteniamo adoprando il polverizzatore nelle puerpere?

Qui è proprio necessario fare un poco più di sosta, giacchè interessa grandemente la scrupolosa descrizione del processo che io eseguisco, dipendendo totalmente da esso la bontà e la sicurezza sua.

Il mio modo di procedere oggidì non differisce da quello che tenevo nell'anno scolastico 1878-79, allorchè per la prima volta mi attrassero i pregi delle polverizzazioni fenicate, per cui ne farò la descrizione attenendomi presso a poco a quello che nel luglio del 1879 pubblicava in proposito nel giornale l'*Indipendente* di Torino.

Introduco uno speculum fenestrato (che ora ho fatto costruire appositamente e diverso sopra un mio speciale modello) ed usando la massima delicatezza nell'immetterlo nella vagina, evito le abrasioni e depitelizzazioni della mucosa e la minima offesa ai bottoni cellulo-vascolari di nuova formazione, se già esistenti. Dentro a questo piccolo speculum faccio, col suo tubo assai lunghetto, avanzare ed

agire un polverizzatore che può così penetrare assai a fondo con la sua estremità ed essere mosso ora verso l'interno ora verso l'esterno molto liberamente: in tal maniera vengo ad assicurarmi d'innaffiare generosamente la vagina ed il collo tutto, compreso il punto che più importa sia medicato.

Il mio istrumento è uno *speculum* che io chiamo *spezzato*, e mercè d'esso si effettua la divaricazione delle pareti vaginali senza sforzo, senza contusione, senza danno di sorta; esso permette il contatto della nebbia fenica con tutti i punti del canal genitale, infine impedisce che il becco del polverizzatore si avvicini troppo ai vasi aperti e fa così scansare ogni pericolo d'introduzione d'aria nelle vene.

Questo mio speculum spezzato è piccolo, a superficie esterna convessa levigatissima, si apre grado a grado e uniformemente sì in alto che in basso, non a imbuto come i plurivalvi. Per tale studiata disposizione dei suoi pezzi ne avviene che la pressione sulle pareti vaginali è regolata e distribuita in guisa che non si rende troppo avvertibile in un dato punto, corrispondente cogli altri speculum all'estremità interna, alla parte più svasata del cilindro cavo, ma l'istrumento per tutta la lunghezza sua, invece preme moderatamente ed ugualmente, e non v'è più allora nè danno nè penosa sensazione.

Le polverizzazioni dovrebbero essere fatte almeno una volta al giorno, potendosi nella sera sostituirle con le irrigazioni. Quindi tanto la mattina quanto la sera non si avrebbe a dimenticare di porre sulla vulva in ordine regolare i diversi pezzi della medicatura alla Lister. Cambiando la medicatura sarà bene lavare i pudendi esterni e un poco anche lavare all'interno servendosi della scarpa del Mascagni, a ragione molto raccomandata dal Minati nelle sue *Lezioni d'ostetricia minore.*

Le irrigazioni fenicate endo-uterine *(punto e)* non mi sembrano necessarie se non allorquando i lochi vadano acquistando fetidità. Anche in tal caso le polverizzazioni riescono vantaggiose purchè fatte giudiziosamente e con mezzi adatti.

Volendo ricorrere alle irrigazioni endo-uterine io preferirei a tutti gli istrumenti fin qui usati, la sonda del Fritz e Bozenam, con la quale non solo è garantito il ritorno del getto di soluzione fenicata, e quindi non solo ovviato alla penetrazione di questa nelle trombe, ma persino si risparmia alle pareti uterine l'urto dell'ondata fenica. Infatti la colonna d'acqua propulsa va a per-

cuotere il fondo della siringa e di costì si riversa, per due larghe finestre laterali, al di fuori. Secondo me questo svelto, elegante e ben pensato istrumento vince in perfezione tutti i tubi di drenaggio, tutte le sonde a getto ricorrente, a doppia cannula volta a volta proposte ed è per rendere incomparabili servigi.

Quando ci proponiamo di mettersi in difesa dall' importazione della *materies morbi* ogni sottigliezza ingegnosa, ogni raffinatezza di rimedio, ogni più studiata premura e precauzione è giustificabile. È per ciò che a me parve coscienzioso e provvidenziale il suggerire che le persone che stanno per appressarsi alle puerpere subissero una disinfezione generale, fermandosi alquanto in una stanza, specie di *anticamera di Maternità,* dove in quei dati momenti incessantemente funzionasse un potente polverizzatore con soluzione fenicata al 3 per 0[0 (*punto α*). Chi ci può assicurare che l'individuo o gli individui che domandano di vedere la tale o tal'altra puerpera, gli studenti, i medici frequentatori della Maternità non siansi prima involontariamente accostati a una qualche sorgente d'infezione e direttamente o indirettamente abbian contratta la malefica possanza del contagio, non debellabile, non frenabile se il listerismo dirigerà solo le sue cure alle loro mani? Chi può dirci dove meglio s'insinui, quale speciale piccolo cantuccio abbia scelto a sede il temuto germe infettante?

Narra lo Stoltz che in Inghilterra siamo giunti a inibire per del tempo l'esercizio dell'ostetricia a coloro cui fosse toccato la sventura di avere nella loro clientela un qualche caso di micidiale infezione. E medici disinteressati, filantropi rinunziarono a ricche sorgenti di lucro, abbandonando per mesi e mesi la clientela perchè dolorosamente impressionati della crescente propagazione di puerperii infeziosi da una casa all' altra, alla loro propria persona evidentemente incolpabili. Così operarono l'Hemtley (1865), il Presidente della Società medico-chirurgica d' Edimburgo, il Dott. Gillepsie ed altri di animo nobile e sommamente caritatevole.

In alcuno giocò tanto la persuasione che mezzo di trasporto del germe contagio potesse essere l'uomo stesso, proveniente da focolai infettivi ch'ei arrivò all'esagerata punizione di sè stesso, togliendosi di deliberato proposito la vita. Apprendemmo dall' egregio Prof. Mangiagalli che l'illustre Michælis, per la morte di una cara figlia da lui esaminata dopo eseguita una autopsia, fu assalito da sì acerbo e insistente rimorso che non dandosene più

pace, finì col suicidarsi straziosamente, slanciandosi sotto una locomotiva (1).

A proposito della profilassi contro l'importazione io amerei si proibisse nella maternità ogni comunanza di servizio con quello delle sale chirurgiche, e mi piacerebbe che il personale sanitario e di assistenza ostetrica non fosse mai sostituito, nè coadiuvato dagli addetti ad altri compartimenti ospitalieri, e così ogni maternità possedesse un armamentario di sua esclusiva proprietà ed uso, nonchè oggetti da servire sempre ed unicamente ad essa.

A completare ora lo studio che qui ci occupa dobbiamo accennare un'ultima questione che ben collima col soggetto in discorso.

Il Lefort, il Peter, e con essi altri, i quali osteggiarono la Maternità e proposero sopprimerle perchè *malfaisantes*, perchè con la riunione delle puerpere avevasi occasione allo sviluppo, esca alla moltiplicazione dei germi morbigeni o sovraccrescimento dell'agente infezioso qualunque si voglia, apposersi al vero nel loro giudizio sommario, nel bando di soppressione?!

Le statistiche del Le Fort assegnano il 3,75 per 0[0 di mortalità, spesse volte un numero anche maggiore alle ricoverate nella Maternità e 0,47 per 0[0 fuori di queste. Con questa razza d'eloquenza la convinzione negli animi doveva scendere naturalmente in favor suo; e la sua giustizia distributiva sugli Ospizii di Maternità poteva tener per certo un generale concorso d'esecutori. Il cieco ossequio già in pronto per le conclusioni Lefortiane breve vita si ebbe: la discussione generò il dubbio e questo diè incentivo a nuove e numerose ricerche, in seguito alle quali la luce del vero poco a poco è apparsa e una prudente riserva si è posta a *latere* della debole credulità. Fortunatamente Duncan, Barnes e parecchi altri rifecero la via. Questi con metodi più rigorosi, con guide migliori e su numero consimile di casi compierono le loro ricerche e addivennero infine a resultati ben differenti da quelli del Lefort. Per i medesimi si seppe che la mortalità fuori degli Ospizi piuttosto che 0,47 è di 1 per 0[0, e che nelle stesse grandi maternità la cifra delle morti va scemando da che si osservano scrupolosamente le regole di profilassi antisettica alla Lister e quelle di profilassi comune: questa cifra varia fra il 2 e l'1,10 per 0[0, mentre prima, al tempo delle osservazioni del Le Fort, avevasi la spaventevole proporzione del 10,4 per 0[0.

---

(1) *Impressioni di un ostetrico in viaggio.* Lettera al Sig. Prof. Cav. Domenico Chiara Direttore della R. Scuola Pareggiata d'Ostetricia in Milano.

Dopo ciò chiaro apparisce che le Maternità possono ed hanno il diritto di rimanere in piedi, di star su.

La questione di vita o di morte, o, per meglio spiegarsi, di sussistenza o distruzione delle Maternitâ, è sciolta già dal Professor Tibone in quella sua giudiziosa distinzione di istituti od ospizii igienici ed istituti od ospizi antigienici. Quest'ultimi son quelli che devono o modificarsi radicalmente o cadere.

Dal Prof. Tibone stesso togliamo la classazione degli ospizi per le partorienti che resulta di tre sistemi:

a) Asili piccoli e sparsi qua e là a seconda del bisogno;
b) Ospizi a sistema di corridoio;
c) Ospizi a sistema di padiglioni isolati.

In questi tre sistemi v'ha da contentare le più disparate aspirazioni, e in fatto di *grandi* o *piccoli ospizi*, il Prof. Tibone medesimo dimostrò oramai che le morti da puerperismo infezioso stanno in ragione inversa del numero dei parti. I Professori Tibone e Chiara ce ne accennarono una spiegazione nella necessità ineluttabile di più d'una esplorazione sulla stessa donna, quando l'ospizio non ne accoglie che un limitatissimo numero.

Anche questo punto d'igiene ospitaliera viene ad essere risoluto con facilità; l'arduo della cosa sta nel trovare quale sia la Maternità tipo, la Maternità modello. I più degli ostetrici igienisti votarono per il sistema a padiglioni isolati sparsi su larga superficie ed io credo che non si possa meglio di così definire la questione. Il padiglione del Prof. Tarnier a Parigi è il più bell'esemplare di simili modernissimi stabilimenti. Ma creati questi non c'è ancora permesso di proclamare vittoria; l'igiene ospitaliera esige ben più, ed io non credo far cosa inutile, oltre tutte le pratiche ricordate a raccomandare che di tanto in tanto si proceda all'analisi delle acque che hanno da servire all'uso delle povere partorienti, sia per la commistione delle soluzioni medicamentose, per la nettezza del corpo, sia infine per bevanda.

Più d'una volta io seppi che infermi ricoverati negli Ospedali furono quasi contemporaneamente tutti incomodati da diarrea penosa, insistente, frequentissima, contro la quale poco o nulla giovarono i soliti mezzi curativi. Anche nell'Ospedale di Pisa si osservò questo fatto; ed io ricordo di avere in 2 anni già 4 volte verificato simile accidente nella nostra Maternità. Le cure soler-

tissime dell'Illust. Sig. Sopraintendente Dott. Augusto Garzella, la sua premurosa inspezione fatta eseguire nelle cucine, sugli utensili di rame, e tante e tante cautele profilattiche messe in opera allo scopo di frenare e poi togliere affatto quest'influenza di affezione intestinale, giovò poco a poco a debellarla.

Uguali investigazioni si fecero anche per le gravide e puerpere, tanto più che questa diarrea compariva anche in stagione fredda e di tanto in tanto, soppressa che era, veniva a rifar capolino.

Io ho ragione di credere che la composizione e la qualità dell'acqua non sia estranea a questi flussi intestinali, e la vicinanza degli stabilimenti anatomici, abbia a contribuire assai in ciò; e mi persuado che questo sia il vero, riflettendo che nell'Ospedale una o due volte solamente l'influenza del catarro intestinale si manifestò mentre che la nostra Maternità, più vicina dell'Ospedale stesso alle Sale anatomiche, per ben 4 volte vi fu soggetta.

Ed in questo mentre che io scrivo, le nostre gravide e puerpere si trovano nuovamente affette da catarro intestinale ugualmente copioso, frequente e assai refrattario alle cure mediche più attive.

Riprendendo le mosse da questi, che chiamerò prodromi epidemici, torno ad insistere sulla convenienza, necessità ed utilità di scialare con i disinfettanti, e termino con un augurio ben fondato e giustamente espresso dall'Illust. Prof. Chiara dicendo « la rigorosa applicazione del metodo antisettico Listeriano come ha resi salubri Ospedali prima celebri per l'alta mortalità, così migliorerà le Maternità riducendole al minimo indice della morbilità e della mortalità » (1).

---

(1) *Qua e là per il Registro Clinico dell'anno* 1878. — Lettera-rendiconto del Prof. Cav. D. Chiara al Sig. Cav. Dott. Romolo Griffini. — Milano, Tip. Pietro Agnelli, 1880. — (Estratto dagli *Annali d'Ostetricia*, *Ginecologia e Pediatria* Vol. II, N. 6 e 7, 1880).

FINE DELLA TERZA ED ULTIMA PARTE.

L'ANNO SOLARE 1881

ALLA CLINICA OSTETRICA DI MILANO

diretta dal Prof. D. CHIARA

Brevissimamente riferiremo il movimento clinico-operativo avuto nel decorso 1881 alla Maternità di Milano. Questi altro non sono che semplici cenni, da non confondersi col particolareggiato *Rendiconto* che a suo tempo sarà, come di consueto, pubblicato.

Nei 12 mesi del 1881 furono accolte 280 gravide che sommate alle 26 esistenti danno un complessivo di 306 gravide. Di queste 6 abbandonarono l'Ospizio prima del parto, e 10 non s'erano ancora sgravate alla mezzanotte del 31 dicembre 1881. Risulta da ciò che toccarono a 290 i parti assistiti nel decorso dell'anno.

Essi vanno divisi per l'epoca in cui si effettuarono in: aborti 11, parti prematuri 47, maturi 232. Riguardo al modo 217 furono natural facili, 3 natural difficili, 70 domandarono l'intervento dell'arte.

Sul complesso dei 590 parti se ne ebbero 6 di gemellari.

Il numero complessivo dei bambini fu di 295 per il fatto che una donna domandò ricovero per il solo secondamento, avendo spontaneamente espulso il feto a domicilio; e 6 donne diedero 12 bambini.

Fra i 290 parti si incontrò ben *sette volte* quel grave accidente che è la *placenta previa*, e *cinque volte* la *eclampsia sempre in donne albuminuriche.*

I 70 parti artificiali si suddividono alla lor volta: 1°) 50 *strumentali;* 2°) 20 *manuali.*

Complessivamente domandarono 79 atti operativi che qui si riportano:

Riposizione del cordone	1
Forcipe allo stretto superiore . .	6
Forcipe nello scavo ed allo stretto inferiore	22
Estrazione podalica manuale . . .	6
Versione	12
Interruzione artificiale della gravidanza:	
1° da indicazioni mediche . .	6
2° da indicazioni ostetriche . .	6
Brefotomia:	
1° sul capo	7
2° sul tronco	3
3° sul capo e tronco	1
Taglio cesareo susseguito dalla amputazione utero-ovarica (metodo Porro)	2
Isterostomatotomia	2
Liberazione artificiale — (2 aborti, 1 parto a termine)	3
Perineorafia	2

Sul numero complessivo si perdettero 9 donne; le cause delle morti, e le condizioni in cui le donne arrivarono alla Maternità, è bene sieno qui citate, onde impedire erronee deduzioni intorno alla salute delle Maternità in genere e della milanese in ispecie.

1.° Donna albuminurica, gravemente infiltrata: si opera di *artificiale interruzione della gravidanza* poco prima del termine di questa. A. dilatazione completa un grave *accesso dispnoico* la toglie di vita in mezz'ora — il feto prontamente estratto col forcipe ha pure perduta la vita.

L'autopsia ci mostra una grave *nefrite parenchimatosa.*

2.° Gravida assai denutrita, *albuminurica*; si interrompe la gravidanza ad arte, il feto nasce vivo. Scadimento continuo delle forze e della nutrizione, versamenti multipli nelle sierose e morte.

3.º *Cardiopatia organica* di antica data, pluripara; si interrompe la gravidanza prima della vitalità legale del feto (aborto provocato), peggioramento grave e morte.

4.º Donna portata in Clinica con presentazione della spalla dopo aver subito a domicilio numerosi tentativi di rivolgimento (posizione dorso posteriore), durante i quali vivo fu il dolore e grave la perdita di sangue. — In Clinica è prontamente liberata colla versione che riesce facile. Al 3º giorno di puerperio emorragia di circa 300 grm. che la toglie di vita.

All'autopsia: lacerazione del collo uterino a sinistra, in grembo a questa un grosso vaso beante estroflesso.

5.º Arriva in Clinica all'inizio del travaglio con il *cavo pleurico destro* completamente riempito di essudato, che si fa più tardi purulento. — *Toracentesi* ripetuta due volte, accelerazione del parto mediante la rottura delle membrane.

Il feto nasce asfittico e non si rianima: la donna muore per *pleurite marciosa, cardiopatia organica* (insufficienza mitrale già riconosciuta in vita) *enorme tumore splenico* (pesa grm. 900) e leggera peritonite diffusa.

6.º Entra *gravemente albuminurica* presentando i così detti segni *prodromici della eclampsia.* Si libera col forcipe al 3º accesso ed il feto è estratto vivo — dopo il parto 6 nuovi accessi, indi coma continuo e morte 31 ore dopo l'ingresso.

Finora nelle 6 morte non riscontrammo come causa la *infezione* così detta *puerperale* — non così possiamo dire delle altre.

7.º Operata di forcipe — lieve stenosi pelvica; rigida e piccola la vagina, posizione del vertice posteriore permanente — nell'atto operativo avviene una estesa lacerazione vaginale — di qui una *settico-pioemia* che la conduce alla tomba.

8.º Ha espulso a domicilio il primo feto — il secondo presentasi colla spalla sinistra dorso posteriore. A casa tentativi numerosi di liberazione e con la mano e con istrumenti improvvisati al momento, ma senza riuscire.

Arriva la donna all'Ospizio con feto putrefatto e mezz'ora dopo si compie *spontaneamente la evoluzione.*

Morte dopo un puerperio burrascoso per *pioemia* (ascessi multipli ai reni).

9.° *Placenta previa* — grave emorragia a domicilio — tamponamento in Clinica e più tardi rottura delle membrane e distacco della placenta. Morte del feto in travaglio per procidenza del cordone.

Liberazione mediante il cranioclaste. — In puerperio *flebite crurale suppurata.*

Riassumendo tre sono le morte che si possono addebitare ai processi infettivi puerperali: due di queste donne pervenivano in travaglio.

A ciò s'aggiungano: i pochi processi puerperali e la relativa mitezza di questi osservati in tutte le altre puerpere.

Dalla R. Scuola il 14 *gennaio* 1882.

ISTITUTO OSTETRICO DI MODENA

CASUISTICA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

per il Prof. A. CUZZI

I.

Di un caso di falsa dismenorrea membranosa,

Il titolo, che ho dato al caso clinico, che sto per esporre, rende opportuna qualche considerazione preliminare.

Il De Sinety nel suo trattato di Ginecologia, così ben fatto dal punto di vista istologico, ma che nella parte clinica molto ritrae da quello dello Schröder (1), dice che sotto la denominazione *dismenorrea membranosa* egli raggruppa tutti quei casi, nei quali dolori menstrui violenti (coliche uterine) sono susseguiti dall'espulsione di un *corpo membraniforme.* Fa però osservare, che molti ginecologhi vogliono riservato questo nome solo a quelle contingenze morbose, nelle quali il corpo membraniforme è dovuto alla esfogliazione della mucosa del corpo dell' utero. Se in qualche caso, egli continua, questa limitazione del campo morboso abbracciato dalla dismenorrea membranosa è esatta, corre ben diversamente la cosa in molti altri. Difatti, a suo parere, la malattia può prodursi in stati patologici assai diversi, e la struttura della membrana espulsa essere quindi assai svariata. Egli ha osservato le seguenti varietà dei corpi membraniformi:

(1) De Sinety. *Manuel pratiq. de Gynecologie,* Paris 1879. — Schröder. *Patologie e terap. Med. di Ziemssen,* trad. ital., vol. X.

1.° Coaguli fibrinosi scolorati.

2.° Muco coagulato e mescolato con un numero più o meno grande di elementi figurati.

3.° Lembi di mucosa uterina.

4.° Pezzetti e frammenti di membrane di uovi abortivi.

5.° Membrane di provenienza vaginale.

E dopo di aver diviso e classificato i corpi membraniformi, che ponno essere espulsi frammezzo ad un corteggio di sintomi, che ricordano la mestruazione a forma dismenorroica, dovuti a stati morbosi assai diversi, e che egli vuole riunire sotto il nome di dismenorrea membranosa, venendo ad esporne la sintomatologia, descrive soltanto i sintomi, che si incontrano, allorchè la membrana espulsa è un prodotto di esfogliazione della mucosa uterina. E parimenti limita il suo dire a questa *varietà* di dismenorrea membranosa della sua classificazione anche là dove si occupa del pronostico e della cura.

È corretto questo modo di fare? A me nol sembra. Che in un capitolo sulla dismenorrea membranosa l'autore debba enumerare tutte le cause di errore diagnostico, e quindi studiare e classificare tutti i corpi membraniformi, che ponno essere espulsi di mezzo ad un corteo di fenomeni simulanti, od avvicinantisi a quelli di una mestruazione dismenorroica, sta bene; ma inglobare varie affezioni, che hanno già una descrizione a parte, e che colla dismenorrea membranosa, come è intesa da pressochè tutti gli scrittori, hanno solo affinità di sintomatologia, mi pare poco esatto. Difatti mi sembra un errore, ad esempio, confondere colla dismenorrea membranosa l'aborto, solo perchè può svolgersi con un quadro fenomenologico assai somigliante (dolori colici per contrazione uterina, emorragia, espulsione di lembi di membrane). Un fatto clinico per essere classificato col nome di dismenorrea membranosa deve avere per nota dominante, per carattere essenziale, quanto è espresso dalla formola: *esfogliazione ed espulsione della mucosa uterina* (1). Se si perde di vista questo concetto, se si segue il De Sinety, si trasforma la dismenorrea membranosa in una sindrome fenomenica pura e semplice, comune a diverse malattie. Per queste ragioni io dissentirei da quanto hanno fatto recentemente anche due italiani. Il Dott. Masini in un suo lavoro

---

(1) Courty. *Trait. pratiq. des malad. de l'utérus*, 3ª ediz.

che vide la luce nello scorso anno (1), riferisce due storie cliniche, una delle quali appartenente al Dott. Rebori di Lavagna, e l'altra personale. Entrambe queste storie cliniche sono considerate come rappresentanti casi di dismenorrea membranosa. — In entrambi i casi non venne praticato l'esame microscopico dei corpi membraniformi espulsi dalle vie genitali colla concomitanza di fenomeni dismenorroici, e quindi nulla di assolutamente certo si potrebbe dire intorno alla natura dei medesimi. Però dalla attenta lettura del lavoro nasce la convinzione, che nel primo caso (quello del Dott. Rebori) possa trattarsi realmente della vera dismenorrea membranosa, mentre nel secondo (quello personale) sarebbe più esatto credere ad un aborto. E se aborto era realmente, perchè dargli il nome di dismenorrea membranosa?

Il Dott. Paggi di Firenze in un suo scritto, che fu pubblicato a Parigi (2) ci narra due fatti clinici, appartenenti al De Sinety, nei quali le membrane dismenorroiche erano costituite da parte di mucosa uterina. In questo suo lavoro il Paggi accetta le idee e la classificazione del De Sinety senza discussione, ed anzi sembra proclive ad aggiungere una sesta categoria alla classificazione delle membrane espulse, quella dei corpi stranieri, che accidentalmente ponno trovarsi nei genitali.

Amo ripeterlo: per me il concetto vero della dismenorrea membranosa consiste nella esfogliazione ed espulsione della mucosa del corpo dell'utero. Tale denominazione la vorrei quindi riservata a quei casi, nei quali durante la mestruazione insorgono coliche più o meno violenti, che danno luogo all'espulsione della mucosa uterina esfogliata. E tale era appunto il concetto che se ne era fatto il Morgagni, che per il primo parlò nettamente di questa forma morbosa. Egli nella sua osservazione clinica in proposito (3) ci dice, che l'ammalata verso la metà del periodo menstruo emetteva dai genitali un corpo membraniforme, di forma ed ampiezza assai corrispondente alla cavità triangolare del corpo dell'utero, con la faccia esterna ineguale per numerosi filamenti, e con la faccia interna a superficie liscia, ecc. Gli autori che vennero dopo per

---

(1) Masini. — *Della dismenorrea in generale e della dismenorrea membranosa in particolare.* Genova, 1881.

(2) Paggi. *Contribution a l'étude de la dysmenorrhee membraneuse in Annales de Gynecologie,* Maggio 1881.

(3) Morgagni. *De sedibus et causis morborum*, lettera 48ª.

la massima parte accettarono le idee del Morgagni. Tanto per citarne qualcuno dirò, che il Simpson fin dal 1846 scriveva una memoria, colla quale intendeva dimostrare che le membrane dismenorroiche non erano altro che *esfogliazioni reali della mucosa* (1). Il Siredey, che fa una storia accurata della malattia in questione, definisce la dismenorrea membranosa come una forma di dismenorrea caratterizzata dalla espulsione di una parte o di tutta la mucosa uterina (2). Il Gusserow, per avvertire il lettore di non cadere in errore diagnostico, fa osservare, che in molti casi, classificati sotto la rubrica « dismenorrea membranosa », trattasi sicuramente di aborto (3) ecc.

Per queste considerazioni, pur non volendo spogliare il fatto clinico, che intendo esporre, del titolo di dismenorrea membranosa, per il singolare concorso di fenomeni, che gli hanno dato l'aspetto affatto simile a quello di una vera dismenorrea membranosa, io ritenni conveniente chiamarlo col nome di *falsa dismenorrea membranosa*. In esso si tratta di mestruazione con fenomenici dismenorroici, susseguiti, verso la metà del periodo menstruo, dall'espulsione di una membranella, che il microscopio dimostrò poscia essere di provenienza vaginale. Non è sicuramente un caso nuovo, ma non è neppure dei più ordinarii, ed a questo titolo io ne credetti non inutile la pubblicazione.

N. 104 *dell'anno* 1880 *del Registro dell'Istituto Ostetrico.* — Donna di 30 anni, di professione cameriera, di costituzione discreta, di abito esterno regolare, è ammessa nella sezione clinica il giorno 20 novembre. Il temperamento suo è linfatico nervoso. Adopero a bella posta questa espressione oggidì caduta in disuso, perchè il Bernutz vuole causa della dismenorrea membranosa il linfatismo e la scrofola (4). La nostra ricoverata trovasi al momento dell'ingresso nella seconda quindicina del sesto mese di gravidanza. L'anamnesi è muta riguardo a malattie antece-

---

(1) Simpson. *Clinique obstetrique et Gynecol.*, trad. Chautreuil, Paris 1874, pag. 624.

(2) Siredey. *Art. Dysmenorrhee del Dict. de Med. et Chirur. pratiq,* Vol. XII, Paris 1870.

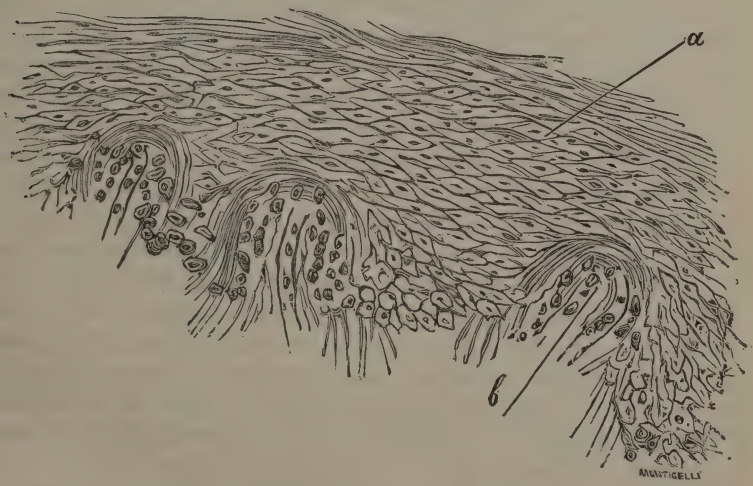
(3) Gusserow. Conferenze Wolkmann N. 101. — *Sulla mestruazione e dismenorrea.*

(4) Bernutz e Goupil. *Cliniq. sur les malad. des femm.*

denti; ebbe la 1ª mestruazione a 16 anni della durata di cinque giorni, e con dolori assai forti; le mestruazioni successive furono regolari per periodo e durata, ma sempre accompagnate da dolori. Nulla di notevole si trova segnato nel diario clinico per il nostro argomento fino al momento del parto che avvenne il 23 marzo 1881, e che fu terminato con una applicazione di forcipe allo stretto inferiore per inerzia uterina e sofferenze fetali. Puerperio apirettico, ma con lenta involuzione uterina; la donna viene lasciata alzare in 14ª giornata, ed il giorno otto aprile abbandona l'Ospizio. Ma per pochi giorni. Difatti il 17 dello stesso mese si presenta di sera, ad ora piuttosto inoltrata, alla porta dell'Istituto, domandando assistenza per disturbi molteplici, fra i quali, come più imponenti, accusava un senso assai molesto di puntura all' apice del cuore, risentimento doloroso ai lombi, leucorrea, senso di peso al bacino, iscuria completa, stitichezza da più giorni. L' esame praticato al momento ci dà: cuore sano, utero in asse ma non ancora completamente ridotto, sensibilità del collo all' esplorazione semplice e combinata normale, parametrii liberi. Malgrado la non esistenza di una vera malattia d' utero, non dovendosi considerare come tale la non completa involuzione, che era in rapporto piuttosto colle condizioni della vita della donna, che trovavasi solo a 24 giorni dal parto, tuttavia viene ammessa in Clinica, in vista specialmente dell'ora tarda e delle sofferenze reali alle quali era in preda. — Per combattere la leucorrea e per affrettare l' involuzione furono praticate, due volte al giorno, irrigazioni fenicate piuttosto calde, la stitichezza venne combattuta con purganti salini, l' iscuria col cateterismo e col giusquiamo, i dolori in corrispondenza della punta del cuore colle iniezioni ipodermiche di morfina. Il giorno 25 aprile comparve la mestruazione, che fu preceduta ed accompagnata da contrazioni assai dolorose del viscere; in 3ª giornata di periodo menstruo espulsione di una membranella, di 8 cent. quadrati circa di estensione, dello spessore di un foglio di carta ed anche più, con una superficie, l' esterna, irregolare per numerosi filamenti e cosparsa di macchie di sangue, coll'altra superficie, l' interna, liscia, regolare, e che sembrava pertugiata da numerosi sbocchi di condotti ghiandolari. La mestruazione continuò altri due giorni, e faceva posto ad uno scolo leucorroico assai modico. In vista dei fenomeni concomitanti la mestruazione, del loro andamento e modo di succedersi, della espulsione della

membranella sovraccennata e del suo aspetto macroscopico, la diagnosi di dismenorrea membranosa per probabile endometrite lenta nei primordi del suo sviluppo, si imponeva, direi quasi, dal punto di vista clinico. La donna venne ritenuta nell'Ospizio senza fare, di deliberato proposito, alcuna cura, onde studiare i fenomeni che sarebbero per venire in scena al ritorno della mestruazione, ed intanto sottoposi a studio microscopico la membranella espulsa durante la mestruazione. Il giorno 23 maggio comparve la 2ª mestruazione dopo il parto coi seguenti caratteri: 6 giorni di durata, quantità di sangue più abbondante del solito, non dolori dismenorroici, non espulsione di membrane. — Ai primi di giugno viene dimessa; l'utero è sempre un po' voluminoso, collo ben rifatto, con orificio esterno dilatato, leggero scolo di mucosità, turbe nervose interamente scomparse.

L'esame microscopico della membranella, di cui già ho riferito i caratteri macroscopici, mi ha dato il seguente risultato: la membranella è composta (Vedi *figura*) di strati sovrapposti di



cellule epiteliali pavimentose. Le sezioni trasversali, colorate con picrocarmino e con ematossilina, mostrano alla superficie libera della membranella cellule che vanno via via assottigliandosi e cornificandosi, mentre alla parte profonda segnano nel loro insieme una linea ondulata corrispondente a prolungamenti interpapillari, che si alternano cogli avvallamenti prodotti dalle pa-

pille. Piccole porzioni di papille con qualche vaso sanguigno sono pure aderenti alla parte profonda degli strati epiteliali. Le cellule epiteliali, tranne alcuni strati superficiali, sono separate dai loro relativi spazi intercigliari, manifestissimi specialmente negli strati mediani, e non presentano lesioni apprezzabili. Esaminato un lembo della membranella orizzontalmente appare incompletamente pertugiato; ciò è dovuto alla differenza di spessore che presenta là dove esistono le papille della mucosa, come si rileva dall'esame delle sezioni trasversali. La membranella è quindi di provenienza vaginale e non uterina, ed è costituita dal distacco del solo rivestimento epitelliale.

Senza l'esame microscopico si sarebbe detto trattarsi quivi di dismenorrea membranosa, perchè dai caratteri macroscopici era naturale giudicare la membranella di provenienza uterina e dovuta allo sfaldamento degli strati superficiali della mucosa ammalata. Il non essersi ripetuti i fenomeni dismenorroici e lo sfaldamento della mucosa nella 2ª mestruazione *post partum*, ci avrebbe portato a credere giusta la opinione di quegli autori, i quali opinano, che la dismenorrea membranosa possa verificarsi durante una sola ricorrenza menstrua. È anche questa un'altra ragione che, rende la presente osservazione clinica degna di pubblicazione. Il De Sinety (1) mentre dichiara essere la dismenorrea membranosa di difficilissima guarigione, dice anche, che la medesima deve necessariamente ripresentarsi per un numero piuttosto grande di ricorrenze menstrue. Ed a questo proposito egli manifesta i suoi dubbi sull'esattezza dell' osservazione clinica dello Schröder, in base alla quale quest'ultimo dichiara potere la dismenorrea membranosa verificarsi una volta sola (2). Non essendo stato praticato l'esame microscopico, il fatto clinico riferito dallo Schröder, a parere del De Sinety, non può decidere la questione. Il caso da me riferito viene in modo singolare ad appoggiare la opinione del De Sinety nella critica, che muove allo Schröder.

Si trattava adunque, nella storia clinica, che ho riferito, di sfaldamento della mucosa vaginale sopravvenuta al momento della 1ª mestruazione *post partum*, mestruazione, che per una

---

(1) *Loc. cit.*, pag. 573.
(2) *Loc. cit.*, pag. 281.

coincidenza singolare, fu anche accompagnata da contrazioni uterine. Come si spiegano lo sfaldamento della mucosa, e le contrazioni dolorose del viscere, costituenti veri dolori dismenorroici, e che non si ripeterono nella 2ª mestruazione *post partum?* Soffermiamoci un momento su questi due punti, coi quali darò termine al fatto clinico che era mia intenzione esporre.

Lo sfaldamento della mucosa vaginale mi pare che debba essere messo sul conto delle irrigazioni vaginali fenicate eseguite nei pochi giorni, che precedettero la mestruazione. Il Dott. Cazin in un caso di ovariotomia incompleta, nel quale fu costretto a fissare parte della parete della cisti al contorno della ferita addominale, riempiva la porzione di sacco cistico aperto verso l'esterno con cotone fenicato e medicava alla Lister; invece della suppurazione vide sopravenire la mortificazione degli strati più superficiali della superficie interna della cisti, che vennero eliminati a lembi (1). Il Siredey (2) narra di aver visto un'ammalata espellere durante la mestruazione, fra coaguli sanguigni, sottili membranelle, trasparenti e simili a pellicole di cipolle; queste membranelle erano il prodotto della desquammazione in massa dei fornici vaginali, occasionata da irrigazioni astringenti a lungo continuate. Barnes nel suo trattato di Ginecologia, là dove parla della dismenorrea membranosa (3), ricorda che non bisogna obbliare che il foglietto superficiale della mucosa vaginale può esfogliarsi in seguito all'applicazione di rimedi, ad esempio il percloruro di ferro, e quindi distaccarsi ed essere espulso od estratto col dito. In vista di ciò credo ragionevole la spiegazione da me data sul meccanismo di produzione della membranella espulsa nel nostro caso clinico.

In quanto ai dolori dismenorroici, che si manifestarono nella 1ª mestruazione *post partum*, e non si ripeterono nella 2ª, può il fatto essere spiegato nel seguente modo: nella 1ª mestruazione *post partum* l'utero ancor voluminoso si trovava probabilmente in stato di antiflessione, che di regola generale si osserva nell'utero puerperale nei primi giorni del puerperio. Per il fatto

---

(1) Cazin. *Contribution à l'étude des ovariotomies incompletes in Arch. de Tocol.* Mars 1881.

(2) *Loc. cit.*

(3) Barnes. *Traité cliniq. des malad. des femm.*, trad. Cordes.

dell'antiflessione si ha stenosi relativa del condotto cervicale precisamente in corrispondenza dell'angolo di flessione. Il sangue menstruo versatosi nella cavità uterina non poteva liberamente fluire attraverso il collo, ristretto per lo spostamento del fondo del viscere. D'onde il suo soffermarsi nella cavità del corpo, la formazione di grumi e la contrazione uterina, dolorosa, in via riflessa, destinata a far loro superare il punto ristretto del canale. Nella 2ª mestruazione *post partum*, essendosi l'utero vieppiù ridotto di volume, l'antiflessione puerperale si corresse, direi quasi, spontaneamente, e scomparsa l'antiflessione, il condotto cervicale si fece sufficientemente ampio per il regolare deflusso del sangue menstruo, d'onde la mancanza di contrazioni e di dolori dismenorroici.

Da ultimo dobbiamo ritenere l'espulsione della membranella vaginale durante la mestruazione dovuta a semplice coincidenza, che diede al caso clinico un maggiore interesse.

(Continua).

RASSEGNA

Edoardo Grandi. — Un nuovo caso di vizio di prima formazione del cuore (*Gazz. degli Ospitali*, Anno II, N. 13, 14 e 15).

È la storia di un bambino che ebbe ricovero in una delle Sale dell'Ospitale Maggiore di Milano, diretta dal cavalier Emilio Valsuani. Nacque da genitori sani e robusti; era il terzogenito; il primo nato morì a 2 anni per croup, il secondo all'età di 7 anni dopo aver offerto una sindrome consistente in tosse, affanno di respiro, colorazione livida della faccia, anzi, al dire della madre, quasi nera. Durante un accesso dispnoico moriva. — La gravidanza al termine della quale si sgravava l'oggetto dello studio, era decorsa senza alcun accidente: il feto fu espulso presentandosi prima le natiche in prima posizione. La levatrice avvertì subito che il bambino presentava qualche cosa di abnorme. — Ed ecco in che consisteva: « Un tumore manifestamente pulsante occupa l'epigastrio, sulla linea » di mezzo, a forma leggermente conica, colla grossa estremità ri- » volta in alto, la piccola in basso, di colore violaceo specialmente » nella metà sua superiore, mentre sulla porzione inferiore il colo- » rito era pressochè eguale a quello del restante della pelle. » — Il tumore non era liscio, a superficie uniforme, ma presentava due solchi incrociantesi ad angolo retto, in prossimità del mezzo, l'uno diretto lungo l'asse verticale, l'altro orizzontale in guisa da risultarne come quattro mammelloni, de' quali i superiori sporgevano assai durante i moti inspiratori e nel pianto, mentre stavano depressi nella espirazione. Il tumore godeva nella parte superiore de' moti ritmici di sollevamento ed abbassamento e contemporaneo allargamento della base; la massa del tumore seguiva anche le escursioni toraciche. — Alla porzione inferiore del solco longitudinale corrisponde la legatura

del cordone. — La mano messa contro il tumore percepisce distinto fremito felino. Fu anche praticato, dietro preghiera dell'A., l'esame oftalmoscopico dal Dott. T. Nicolini, il quale trovò *numero grandissimo di ramuscoli venosi più ampi della norma, nei quali e nelle vene maggiori si vedeva manifesto movimento vermicolare con direzione centripeta.*

Il bambino fu in parte nutrito col mezzo di nutrici, in parte coll'allattamento artificiale, si notava però che assai facilmente si raffreddava presentando allora vomito ed aumento nella cianosi. Nella diaria clinica si nota essersi talvolta osservate convulsioni cloniche durante le quali aumentava la cianosi. Localmente si notò il distacco di una piccola escara residente nel notato canale longitudinale; lo stato generale in continuo deperimento, la atrofia generale sempre più manifesta lo condussero alla tomba: lo si trovò morto ed imbrattato di sangue proveniente dalla ulcerazione esistente sul tumore pulsante, dove il piccolo bambino avea portato la destra che intrisa di sangue vi stava ancora appoggiata.

Assai interessante fu il reperto per quanto si riferisce al centro circolatorio: l'A. così lo riassume: « Nel caso preso in esame si aveva » anomalia nel modo di comportarsi della vena ombellicale, che si » sdoppiava per portarsi con un ramo nel cavo addominale, e rag- » giungere direttamente il fegato, mentre mancava il condotto venoso » che la mettesse in rapporto colla cava ascendente. Il cuore, che » era più in basso ed a destra del normale, risultava come di due » cavità, mancando il setto interauricolare ed essendo incompleto » quello che divide i due ventricoli: il ventricolo destro, o meglio la » metà destra della porzione ventricolare presentava una appendice » che, attraverso le pareti addominali, guadagnava lo strato cutaneo, » costituendo il tumore epigastrico, in cui immetteva un ramo del- » l'anomala vena ombellicale. Le vene polmonari erano in numero di » tre invece di quattro, come si osserva di norma. L'arteria polmo- » nare mancava e in luogo traevano origine due rami arteriosi dal- » l'arco aortico, con un brevissimo tronco unico, rami che si porta- » vano ai polmoni. »

Finalmente « l'aorta traeva origine dalla base d'ambo i ventricoli, » per due terzi circa sul ventricolo destro, nel punto che diretta- » mente sovrasta al margine curvo del setto interventricolare in- » completo; l'apparato valvolare aortico è come di norma. »

Con il Prof. Sangalli, il Dott. Grandi collocò queste molteplici anomalie tra i vizi di *prima formazione*, riguardo poi all'assegnazione

della classe tra le cinque da quell' autore proposte trovava: dovere ascriversi alla prima *(abberrazioni da difettoso sviluppo)* per la incompleta divisione de' ventricoli, la mancanza del setto tra i seni, l'origine delle arterie polmonari, la mancanza di una delle vene polmonari, l'assenza del dotto venoso; ma la presenza del tumore pulsante quale appendice di uno de' ventricoli, lo faceva prender parte eziandio al secondo gruppo *(sviluppo eccessivo)*. — Finalmente per la non normale posizione (era più a destra ed in basso del normale) dovea anche inscriversi fra i vizi del 3º gruppo (*alterazioni da posizione insolita)*.

Accennando brevemente alle cause di simili alterazioni e vedendo che non ancor una fu bene accertata, l'A. si domanda se per caso l'eredità non possa avere parte e trova appoggio nel fatto che un altro fratellino del bambino, che potè così pazientemente studiare, aveva offerti tutti i fenomeni razionali di una congenita alterazione del cuore. Certo però, soggiunge l'A., in tal caso l'*eredità non può essere diretta*, chè la madre ed il padre godono perfetta salute, e non lasciano sospettare ne' loro organismi alterazioni di tanta importanza.

A questo punto l'A. raccoglie alcuni casi offerti dagli Autori per far meglio spiccare la singolarità di quello da lui descritto, e poi si domanda in qual modo si comportasse la circolazione e nella vita intrauterina e dopo la nascita.

« Il sangue che dalla placenta per la vena ombellicale arrivava al » feto in parte si portava al fegato, e per la vena porta si versava » nella cava inferiore, la quale alla sua volta lo versava nell' unica » orecchietta: qui si incontrava colla massa sanguigna di ritorno dalla » circolazione della testa e degli arti superiori e mescolata con essa » discendeva nella cavità ventricolare. Dalla incompletamente divisa » cavità dei ventricoli il sangue veniva spinto attraverso l'aorta nella » rete arteriosa, a dispensarsi alle diverse parti dell'organismo e per » la piccola apertura di comunicazione in certa quantità si versava » nell'appendice ventricolare, occupante la regione epigastrica; av- » veniva allora una miscela col sangue che in questo sacco era por- » tato dal ramo della vena ombellicale. La corrente sanguigna spinta » attraverso l'aorta, giunta alle arterie ipogastriche, continuando per » le ombellicali ritornava alla placenta.

« Dopo la nascita, quando l'aria penetrò nei polmoni, il sangue ri- » chiamatovi dal loro espandersi, vi sarà accorso in quantità molto » maggiore di quello che avrà fatto durante la vita fetale; quando

» per la mancata attività polmonare la corrente sanguigna spinta dal
» ventricolo nell'aorta, avrà in massima parte continuato per essa,
» riducendosi a piccola quantità quella che, per il tronco polmonare
» si sarà portata ai polmoni. Dopo di essersi modificato il sangue in
» grembo ai polmoni, per le vene polmonali si sarà versato nell'orec-
» chietta, mescolandosi allora col sangue di ritorno dalla circolazione
» venosa, per passar poi nella cavità ventricolare e per contrazione
» delle pareti di questa entrare di nuovo nel circolo aortico, non pe-
» netrando nelle arterie ipogastriche dopo averle raggiunte, man-
» cando il richiamo per il cordone al centro di circolazione placen-
» tare, e in parte raccogliersi nella appendice ventricolare. »

Questa costante miscela del sangue venoso coll' arterioso era la causa della cianosi notata? Non ostante che tutte le cause invocate si dessero la mano, tuttavia la cianosi *era in grado relativamente molto lieve.*

Tale è il caso bellamente illustrato dall'A. e per dare una idea del quale fummo costretti a valerci in gran parte delle parole stesse dell'A., soggiungeremo che la memoria è accompagnata da tre chiarissimi intagli in legno. NEGRI.

Cesare Belluzzi. — Pericoli dell' applicazione dell' uncino ostetrico all' inguine del feto nel parto per le natiche. (Bologna. Tipografia Gamberini e Parmeggiani, 1881).

Sebbene considerata come naturale, tuttavia la presentazione podalica lascia una prognosi molto più sfavorevole per il feto che non quella del vertice. Dubois segna la mortalità al 9 per cento, Lachapelle la porta al 14 per cento, Bell al 22 per cento; il Dott. Inverardi nel suo lavoro: *Il parto podalico studiato nella Clinica Torinese,* trova che la mortalità arriva al 22. 6 per cento. — Il Braun scrive che l'11 per cento muore durante il parto, il 18 per cento nei primi giorni di vita; il Pastorello finalmente sopra 80 casi ebbe ancor maggiore mortalità. Il Belluzzi sopra un complesso di 1720 parti trovò 43 volte la presentazione delle natiche (bene inteso non tenendo

conto de' parti abortivi). I 43 casi erano così divisi: 7 nel 7° mese, 16 nell'8° mese, 20 nel 9°. — Lasciando anco da parte i settimestri, 2 dei 16 ottimestri richiesero l'intervento dell'arte e si ebbero complessivamente 9 morti (1 degli estratti artificialmente); i 20 nati nel 9° mese si debbono dividere così; 7 nacquero prima del termine (5 spontaneamente, 1 nato morto ed 1 morto 10 ore dopo); 13 veramente a termine (7 spontaneamente, 1 premorto), 6 artificialmente (1 morto). Da questi dati ne risulta che per il fatto solo della presentazione la mortalità è del 10 per cento.

Ricorda poi l'A. che dovendo intervenire non è sempre vero quanto scrivono in genere gli autori, e cioè: o le natiche sono alte e si vanno ad afferrare i piedi, o sono accessibili ed allora si uncinano colle dita e si fanno uscire; si danno dei casi nei quali le natiche sono tanto fisse da non esser più possibile il disimpegno dei piedi, e tuttavia non sono tanto basse da poter efficacemente abbassarle colle dita.

In tal caso gli autori consigliano l'impiego dell'uncino; istrumento però che non è poi tanto innocente. Ricorda infatti le opinioni di Morisani, Naegele e Grenser, Schroeder e Joulin, e poi espone un caso personale. In questo applicò l'uncino ottuso a feto morto e quantunque usasse di tutti i riguardi tuttavia ebbe a notare frattura del femore al suo terzo superiore.

Ma le lesioni fetali non si limitano alle fratture del femore; possono essere lesi i vasi della radice della coscia, e può perfino avvenire la frattura della branca orizzontale del pube.

E tale lesione riscontrò in una bambina inviata all'Ospizio degli esposti: all'inguine sinistro a livello del ramo orizzontale del pube presentava una piaga imbutiforme, profonda, con odore fetido. Il tumore di parto si notava alla natica sinistra. Le ricerche dell'A. poterono stabilire che quella bambina era nata da 2 giorni e madre ne era una primipara di 20 anni e bene conformata. Il travaglio fu lunghissimo e la estrazione compiuta (presentavansi le sole natiche) applicando all'inguine l'uncino del forcipe.

A giusta ragione il Belluzzi ricorda che qui due fatti assai sfavorevoli s'erano avverati; la primiparità da una parte e dall'altra, il considerevole sviluppo del feto che al terzo dì pesava grm. 3540.

Dopo 18 giorni dalla nascita la bambina morì, e la sezione dimostrò che la branca orizzontale del pube era stata fratturata; ma, cosa notabile, in conseguenza della frattura, la pelvi avea assunta la forma obliqua-ovale del Naegele; notasi infatti evidente differenza nell'am-

piezza delle due metà, e deviazione della sinfisi del pube dalla linea mediana; il diametro obliquo sinistro è di mill. 30, mentre il destro misura 38; allo stretto inferiore la tuberosità ischiatica sinistra è più avvicinata dell'altra al concige, e tutto il margine sinistro del sacro più avvicinato alla branca discendente dell' ischio.

Questo fatto oltre che importante dal punto di vista delle lesioni fetali in seguito all'applicazione dell'uncino, viene anche in appoggio alla teoria del Fabbri relativamente alla genesi della pelvi obliqua ovalare (cause meccaniche). Ancora in appoggio a tale idea riporta brevemente la storia di una donna affetta da esiti di coxarto destro, ed in cui la pelvi presentava la forma della obliqua ovalare.

Ed ecco le conclusioni:

1.° L'uso dell'uncino portato all'inguine del feto nel parto agrippino artificiale è assai pericoloso e quindi non vanno trascurate le cautele suggerite dai maestri dell'arte nell'usarlo.

2.0 Oltre le contusioni o ferite alle parti molli sulle quali viene applicato, vi è a temere la frattura del femore, la frattura della branca orizzontale del pube.

3.° I due fatti da me riferiti di pelvi oblique-ovalari, resi tali da cause meccaniche, confortano la teoria del Fabbri, circa l'etiologia della obliquità naegheliana della pelvi. NEGRI.

Antonino Coniglione. — Contribuzione allo studio del rilasciamento delle sinfisi pubica e sacro-iliache. *(Giornale internazionale delle Scienze Mediche,* N. 3, Anno 1881).

La rarità di tali lesioni in genere, ed alcune particolarità del caso in ispecie, spinsero l'A. a rendere pubblica la osservazione.

È una pluripara (tre parti) di anni 31, a sviluppo scheletrico regolare e che sempre godette buona salute. La prima gravidanza ed il primo parto furono affatto normali; la seconda gravidanza che fu normale terminò colla espulsione di un feto morto da tempo ed il puerperio fu morboso per *flemmasia dolente.*

Il travaglio di parto che metteva fine alla 4ª gravidanza fu rapido

ed il bambino espulso senza presentare traccia di tumore di parto ai tegumenti cranici, pesava grm. 3000. Decorse affatto normale il puerperio fino alla 6ª giornata; in questo dì comparvero dolori alla regione inguinale destra, che ne' giorni successivi si irradiavano lungo il margine interno della coscia fino al ginocchio, con maggiore intensità alla sinfisi pubica, e posteriormente a sinistra ed a destra in corrispondenza delle due articolazioni sacro-iliache. Qualsiasi movimento impossibile a causa degli atroci dolori; impossibile pure il flettere le coscie o le gambe.

Esaminando attentamente, l'A. riscontrava che il dolore era atroce allorquando il dito premeva sulle sinfisi pubica e sacro-iliache; premendo alternativamente sui corpi dei pubi si provava sensazione di leggera altalena, senza senso di scroscio — mettendo la donna sul fianco ne' tentativi di smuovere le sinfisi sacro-iliache atroci si risvegliavano i dolori. Se la donna stava supina e si introducevano due dita, previa siringazione. in vagina e contemporaneamente si premeva in prossimità della sinfisi del pube ora a destra, ora a sinistra, netto era l'alternativo spostamento de' pubi; pure le sincondrosi sacro-iliache apparivano a tal esame rilasciate. Sostenendo la paziente per le ascelle e mantenendola eretta, poste le dita sotto il margine inferiore della sinfisi pubica, facendo lateralmente dondolare la puerpera, le ossa pubiche si *innalzavano ed abbassavano alternativamente a seconda* dei moti la lateralità, provocandosi contemporaneamente acuti dolori.

La diagnosi risultantane suonava così: *rilasciamento della sinfisi pubica e delle sacro-iliache avvenuto per un processo infiammatorio acuto spontaneo.* La terapia fu tutta rivolta a procurare la immobilità del bacino, ciò che fu dato da conveniente fasciatura pelvica. — Dopo tre settimane di *assoluta immobilità* la guarigione era perfetta.

NEGRI.

Giovanni Enrico Thompson. — Accumulo di feci, coprostasi, diagnosticata come tumore ovarico. (*Gior. intern. delle Scienze Med.*, N. 3, 1881).

Veniva inviata all'A., residente in Roma, una signora di anni 25 per essere operata di un tumore addominale: era di statura media,

di pallido aspetto, emaciata e debole; l'addome quale si presenta in gravida al 6º mese; si lagnava di dolore continuo al lato sinistro che si stendeva anche al fianco corrispondente; avea frequente bisogno di emettere le urine, ventre aperto con passaggio di materie acquose, stomaco molto irritato (solo il latte era tollerato), difficile, scarsa ed irregolare la mestruazione.

Fu curata dapprima per ovarite sinistra, più tardi in seguito a consulto si giudicò trattarsi di tumore ovarico e fu consigliata di sottoporsi all'atto operativo.

L'A. riscontrava un tumore nell'addome che limitavasi alla regione ovarica sinistra, immobile, resistente, irregolare: non era fluttuante. Si potea assolutamente escludere ogni rapporto con la milza e col fegato: attesa la pochissima mobilità, non si potea ammettere una cisti dell'omento; pure esclusa la gravidanza ed una distensione della vescica.

L'A. limitava i suoi sospetti sopra i tre seguenti stati morbosi: tumore fibroso dell'utero, cisti moltiloculari dell'ovario; accumulo di materie fecali.

All'esame vaginale l'utero appariva spostato a destra, la sonda penetrava per due pollici e mezzo, l'organo era mobile ed il dito introdotto nel retto penetrava fra esso ed il tumore; era così escluso, anche in base all'anamnesi, ogni sospetto di tumore fibroso.

Mettendo la donna sul lato destro e percotendo nella fossa iliaca sinistra non si provocava suono timpanico, ed il tumore rimaneva fisso alla fossa iliaca; il tumore era troppo poco cedevole per attribuirlo all'ovario, nè abbastanza voluminoso da spiegarsi tanti disturbi addominali. Pensò allora all'accumulo di feci, un catetere elastico introdotto per il retto urtava contro una parte resistente — l'esame accurato faceva però sentire delle scibale nel colon.

Venuto nell'idea di coprostasi la cura basavasi sulla seguente teoria: la raccolta di feci dovea attribuirsi non a deficiente contrazione delle fibre muscolari longitudinali del colon ma ad eccessiva contrazione di quelle trasverse: quindi a queste dovea rivolgersi la terapia: le fibre trasverse sono governate in gran parte del simpatico e la atropina agendo per mezzo di esso porta appunto il rilasciamento delle fibre trasverse in tutto il tratto intestinale.

In base a ciò l'A. instituì la seguente cura: la zona sottombellicale dell'addome era coperta con compresse imbevute di infusione di foglie di stramonio; per tre notti consecutive si introduceva nel retto una supposta con un diciottesimo di *grano* di atropina; ed ogni mattina

si applicava un clistere di un litro d'acqua tiepida con un' oncia di olio di uliva.

Contro il dolore che la paziente accusava in corrispondenza del colon trasverso fu applicata una coppa scarificata.

Al 4° giorno 9 grandi pezzi di scibale, dure, secche, irregolari e coperte di muco venivano emesse; la paziente si lagnava di bruciore nel retto e questo veniva assopito con iniezioni di acqua di rosa e glicerina (ana un'oncia).

Al 6° giorno 13 scibale al mattino e 7 alla sera, tre delle quali ravvolte da tenacissimo muco; però lo stato generale s'era aggravato, la nausea persistente, il polso piccolo, la vescica irritate.

Si sospende ogni cura e si amministrano iniezioni nel retto di succo di carne.

All'11° giorno 3 nuove scibale e si riprende l'uso delle supposte di atropina; al 13° uscita di 32 scibale ma l'esaurimento che tenne dietro a questo fatto fu allarmante e l'atropina fu nuovamente sospesa.

Al 21° giorno passaggio di 32 grossissime scibale; con poco sangue, siero e muco altra grandissima quantità di scibale; il tumore molto diminuito era però assai dolente.

Soltanto dopo due mesi il tubo enterico era completamente sbarazzato; da quest'epoca fu sottoposta alla cura del valerianato di chinina con estratto di genziana ed estratto alcoolico di noce vomica. Notò però in questa signora, come in molte altre pazienti, che sotto l'uso dell'atropina s'era sospesa la mestruazione. NEGRI.

Romeo Paladini. — La fecondità della donna nelle varie Provincie italiane. (*L' Indipendente — Gazzetta Medica di Torino*, N. 1, 1882).

Bisogna distinguere la *fecondità della popolazione* dalla *fecondità della donna*, poichè sebbene l' una all' altra sieno legate col vincolo di causa e di effetto, tuttavia una popolazione può avere un elevato grado di fecondità solo perchè in essa numerosi i matrimoni, e tuttavia mantenersi scarsa la prole data da ciascun matrimonio, e viceversa notevole fecondità della donna può dare piccolo numero di nascite, perchè ristretto il numero delle donne che vengono messe in condizione di prolificare.

I comuni dati statistici non permettono di valutare la fecondità della donna ed è mestieri indirettamente desumerla dal rapporto fra le nascite legittime ed i matrimoni verificatesi in un tempo abbastanza lungo.

Però l'identificazione della fecondità della donna con quella dei matrimoni lascia il fianco ad obiezioni: anzitutto la sterilità non sempre dipende dalla donna, in secondo luogo fra quelle che contraggono matrimonio circa un quattordicesimo è costituito da vedove, ed in tal caso prendendo i dati statistici per una lunga serie d'anni molte di esse saranno computate due e forse tre volte ed anche in questo caso con erroneo abbassamento della media fecondità. In terzo luogo nel numero degli esposti è compreso un certo numero di nati legittimi e finalmente fra i nati morti, esclusi dal calcolo, vengono computati certi bambini legittimi nati vivi e vissuti un giorno od anche più.

Per controbilanciare tali cause d'errore l'A. crede che non sia eccessivo l'aumento di un ventesimo sulle cifre indicanti la fecondità media dei matrimoni (dedotta dal rapporto fra le nascite legittime ed i matrimoni).

Ciò premesso l'A. avverte che i dati da lui raccolti comprendono 17 anni (1863-1879), tolta la provincia di Roma per la quale non si hanno che i dati 1872-79).

La massima fecondità appare nelle provincie di Roma (538 nati legittimi per 100 donne maritate), Ascoli-Piceno (591), Massa e Carrara (591); la minima in quella di Chieti (422). Trentuna provincie (nel settentrione e nel mezzodì d'Italia), una sola nel centro (Livorno 449) stanno al disotto della media del Regno (479); due la eguagliano, Reggio d'Emilia e Siena, e le altre 35 la superano e fra queste tutte le provincie siciliane e sarde, poche napoletane (Napoli 492, Bari 494, Lecce 504, Ascoli-Piceno 591), quasi tutte quelle dell'Italia Centrale, alcune dell'Emilia (Forlì 568, Ravenna 528, Ferrara 577 e Modena 489) e del Veneto (Rovigo 519, Padova 504, Treviso 505, Belluno 500), poche lombarde (Sondrio 576, Bergamo 525, Milano 507) e nessuna del Piemonte e della Liguria.

Confrontando poi la fecondità della donna con quella della popolazione (rapporto delle nascite annuali alla totalità degli abitanti) si constata che non stanno in relazione: infatti si hanno provincie in cui si ha frequenza di nascita rapporto all'intera popolazione, e notevole fecondità della donna (Ferrara, Firenze, Livorno, Girgenti), altre invece ove si hanno gli estremi opposti (Torino, Porto Maurizio, Parma,

Piacenza, Verona, Fermo); provincie dove elevata frequenza di nascite si congiunge a scarsa fecondità della donna (Campobasso, Foggia, Potenza) ed altra in cui si verifica il rovescio (Ascoli-Piceno).

La fecondità della donna tende ad avere un rapporto inverso coi numero dei matrimoni; così nella Liguria, Piemonte e Lombardia si ha scarsa fecondità e numero grandissimo di matrimoni, e nella Valtellina invece ove alta è la fecondità scarso è il numero dei matrimoni.

Tale contrasto l'A. lo riassume così; *nell'Italia settentrionale e nell'Italia meridionale i matrimoni sono frequenti e poco fecondi; nell' Italia centrale poco numerosi e molto prolifici; le isole presentano condizioni piuttosto simili a quelle della parte centrale della penisola.*

Riguardo poi alla relazione del numero dei matrimoni e loro fecondità collo stato sanitario della popolazione l'A. trova che nelle provincie di Ascoli-Piceno e Massa-Carrara nelle quali è bassa la proporzione dei matrimoni ed elevata la fecondità, la mortalità è mite. Lasciando da parte la fecondità, nelle provincie di Ravenna, Macerata, Perugia e Messina limitato è il numero dei matrimoni e mite la mortalità. In tutte le provincie della Liguria e Piemonte ed in quelle di Como, Verona, Vicenza, Udine, Bologna, Teramo, Aquila, Reggio di Calabria e Caserta, sebbene i matrimoni sieno poco frequenti scarsa fecondità è associata a lieve mortalità. In quelli di Chieti, Campobasso, Foggia, Avellino, Potenza si hanno matrimoni frequenti, poco proliferi, associati ad elevata mortalità, ed in quelle di Milano, Brescia, Napoli, Bari, Cosenza, Catanzaro, Caltanisetta, numerosi i matrimoni ed i decessi; finalmente Ferrara, Firenze, Arezzo, Roma, e Girgenti danno notevoli casi di fecondità e di mortalità.

Studia poi l'A. il rapporto fra il numero dei riformati alla leva militare ed il numero dei matrimoni e la fecondità e ne espone i risultati in alcuni quadri che ci torna impossibile di qui riassumere.

NEGRI.

Antonio Merici. — Un caso di imene imperforato. (*L'Indipendente, Gazzetta medica di Torino*, N. 2, 1882).

Premesse alcune considerazioni anatomico-storiche e medico-legali intorno all'imene, alla sua natura, alle sue varietà morfologiche l'A. espone il caso seguente:

Giovinetta d'anni 15, delicata, nessuna malattia ereditaria. Da tre mesi indisposta per dolori vaghi al ventre ed al dorso, malessere generale, forte stanchezza: curata con purganti, indi da persone dell'arte con cura ricostituente, ma con continuo e progressivo peggioramento. All'esame istituito dall'Autore si riscontrava ventre un po' tumido, dolente alla pressione; al livello del bellico a sinistra si palpa un tumore della grandezza di un uovo di gallina, poco dolente, spostabile per ogni verso ma non in alto, libero ovunque tranne alla parte inferiore ove si segue colla mano un grosso e duro cordone che si porta dietro il pube: l'ingrossamento si continua anche nelle fosse iliache. L'esame per la vagina impossibile per la presenza dell'imene che si presentava quale membrana imperforata, dura, resistente vascolare. L'esame per il retto impedito da un grosso tumore elastico, rotondo, diffuso, non molto dolente, che occupava gran parte della escavazione.

L'A. punse la membrana con un trequarti e sulla guida di una sonda introdotta per il foro ottenuto dal trequarti, fece una incisione della lunghezza di 1 cent. circa. Colò un litro circa di una sostanza densa di color cioccolatto. Mano mano che il liquido sgorgava il tumoretto notato all'altezza del bellico discendeva per ridursi al livello del pube.

Furono fatte iniezioni detersive: al 6° giorno insorgenza di accesso a freddo con fenomeni peritoneali; l'A. non crede in questo caso si sia trattato di una forma infettiva, ma bensì di una peritonite da causa reumatica. La giovinetta guarì in modo perfetto.

NEGRI.

Giuseppe Beisone. — Gravidanza extra-uterina a termine — Gastrotomia — Morte della madre al 6° dì; feto salvo. (*L'Indipendente*, *Gazzetta Medica*, N. 24 del 1881).

La donna argomento della presente storia ricorreva ai suggerimenti dell'A. per vasto tumore addominale.

Mestruata la prima volta a 18 anni, da 14 anni passata a marito mai ingravidò. L'ultima mestruazione l'ebbe al principio del novembre 1880. — Nel febbraio successivo fu colta da dolori al basso ven-

tre, distensione dell'addome, febbre gagliarda, tenesmo vescicale e ritenzione d'urina. Il Dott. Provera che prestava allora le sue cure alla paziente, avvertì la presenza di un tumore del volume di un pugno in corrispondenza dell'ovaio destro, ma non stabilì una diagnosi concreta, atteso anche la ripugnanza della donna ad un esame particolareggiato.

Nel maggio successivo l'A. la vide e riscontrò un grosso tumore obliquamente disposto dall'alto al basso e da destra a sinistra, corrispondente per volume a quello di un utero al 6° mese di gravidanza, a forma ovoidea, irregolare, facilmente spostabile e tutto situato nella destra metà dell'addome. Le alterazioni delle mammelle facevano sospettare all'A. che la donna fosse gravida: la percezione del doppio battito cardiaco tolse ogni dubbio intorno a tal fatto.

Però la superficialità del tumore, il fatto di toccare assai distinte le parti fetali, la chiarezza e vicinanza del battito cardiaco fetale, la impossibilità al ballottamento addominale, la situazione del tumore nella metà destra fecero sospettare all'A. che si trattasse di *gravidanza extra-uterina.* Non potè in allora praticare il riscontro per lo stato di agitazione della donna e le raccomandò di ritornare: la gravida però non mantenne la promessa e solo al principio del luglio successivo potè nuovamente vederla.

Il tumore s'era fatto assai più voluminoso, meno spiccati i suoi contorni, — col riscontro l'apice del dito toccava la cervice uterina appiattita e schiacciata fra la sinfisi pubica ed il tumore, rivolta a destra e coll'orifizio semi-aperto; coll'esame combinato il corpo dell'utero più grosso del normale appariva spostato a sinistra ed indipendente dal tumore. Tanto netta fu la sensazione avuta da tale esame che l'A. rinunciò all'introduzione della sonda uterina ed emise la diagnosi di *gravidanza extra-uterina.* Il 13 luglio si iniziò il travaglio, ed alle 7 pom. l'A. passava all'atto operativo nella tema che la rottura dell'uovo determinasse ad un tempo la morte del feto e della madre.

Attuate le precauzioni listeriane e cloroformizzata la donna praticò nella direzione del tumore una incisione lunga 14 cent.: la cisti era coperta da anse intestinali e rivestita da uno strato muscoloso sottile e lasso; inciso il sacco colarono gr. 200 circa di liquido giallo-verdastro ed estrasse poi per i piedi un feto perfettamente maturo che subito vagiva; indi staccò la placenta *poco voluminosa, mal conformata e lassamente aderente all'interna superfice della cisti verso la fossa iliaca destra.* Pulito il sacco ed il cavo peritoneale, vinta la emorragia dalla superfice di inserzione placentare mediante spugnature fenicate, l'A.

potè constatare e far constatare *che la cisti aderiva all' ovaio destro applicato alla superfice posteriore del tumore per modo da confondersi con esso, e che il legamento ovarico dello stesso lato era più lungo del sinistro.*

Era nel pensiero dell' A. l'asportare per quanto fosse possibile il sacco, ma i continui conati di vomiti e le aderenze colla fossa iliaca destra si opposero all'attuazione di tale proposito.

Al mattino successivo si applicò grosso tubo a drenaggio nella cavità della cisti. Ne' tre giorni successivi la temperatura massima toccò il 38°; al 4° giorno si elevò a 40; nel 5° delirio calmo e nel 6° morte; localmente leggerissimo era il meteorismo, non dolente l'addome, poco siero torbido colava dal tubo, ed avanzata la cicatrizzazione della ferita.

L'impedito esame *post-mortem* non permise all'A. di stabilire in modo assoluto la causa della morte. Egli però l'ascrive ad un processo puerperale.

Riguardo poi alla specie di gravidanza extra-uterina crede che si sia trattato di una *gravidanza ovarica* primitivamente e *secondariamente addominale* con inserzione dell'uovo sulla superficie anteriore dell'ovaio destro. NEGRI.

Domenico Peruzzi. — Storia di doppia ovariotomia coronata da rapida guarigione, e di isterotomia totale seguita da morte. (*Raccoglitore Medico*, dic. 1881).

Cisti multiloculare dell' ovaja sinistra e cistoma della destra — doppia ovariotomia — guarigione rapida.

Donna di anni 53 — precedettero due gravidanze; esaminata 6 anni prima dall'A. la riconobbe affetta da *fibroma sottoperitoneale dell'utero.* Allorquando si presentò all'A. (2 luglio 1881) il ventre era assai voluminoso, perchè riempito da un tumore ovoidale a superficie ineguale e diviso longitudinalmente da un solco; era completamente ottuso il suono estricato alla percussione; la circonferenza addominale segnava cent. 107. All'esplorazione vaginale l'utero in retroflessione appare discretamente mobile; la cavità misurata colla sonda non appare ingrandita. Tenendo calcolo della diagnosi portata sei anni prima il Peruzzi credette trattarsi di un tumore *fibro-cistico*

dell'utero: trovava appoggio nel fatto che il tumore si svìluppò maggiormente al momento della menopausa e che le impronte del volto presentavano piuttosto i caratteri della *facies uterina*, che quelli della *ovarica*.

Passò all'atto operativo. Incisione di 15 cent. sulla linea alba. — Punte due ampie sacche, estrasse facilmente una grande ciste multiloculare appartenente all'ovaja sinistra — legatura perduta del peduncolo con seta fenicata.

L'ovaja destra appare degenerata in un tumore duro, bianco perlaceo, non molto voluminoso; il peduncolo ovarico e la tuba corrispondente furono pure legate con seta fenicata e abbandonati nel cavo. Una aderenza dell'ovaia con il mesecolon fu parimenti legata con catgut ed abbandonata.

Sul fondo dell'utero, ed immedesimato con questo si scorgeva un tumoretto del volume di un piccolo arancio tagliato a mezzo giudicato per un antico fibroma degenerato.

La ferita addominale fu chiusa con punti di sutura nodosa con filo di seta. — All' 11ª giornata abbandonava il letto completamente guarita.

Fibromioma dell'utero — isterotomia totale — morte per collasso.

M. B. d'anni 28, nubile, tessitrice. — Nel 1877 si accorse di un tumoretto della grossezza di un noce, mobile, situato al lato sinistro del bellico. Il tumoretto crebbe assai rapidamente negli ultimi cinque anni.

Nell'addome si palpa un tumore bislungo, di figura indeterminata che occupa i due quadranti di sinistra ed a livello del bellico presenta una marcata solcatura trasversale; colla estremità superiore passa sotto l'arcata costale, mentre colla inferiore si appoggia sul sinistro lato della escavazione.

Mettendo sul fianco destro la donna, la parte superiore del tumore si sposta alquanto e si porta sulla linea mediana, ma la parte inferiore si mostra invece affatto immobile.

Colla esplorazione vaginale i fornici sono scomparsi ed ovunque si sente lo sferoide del tumore, immobile nella escavazione. Difficilmente si tocca la bocca uterina: il collo è stirato in alto e spinto tutto a sinistra: l'isterometria impossibile; anche dal retto non si riesce a sentire il tumore.

Riguardo alla diagnosi l'aspetto del volto, la nutrizione, l'eleva-

zione e spostamento dell' utero, potevano far credere ad un tumore dell'utero; ma l'età, il dolore alla fossa iliaca sinistra, le regolari mestruazioni, fecero inclinare l'A. alla diagnosi di *tumore solido dell'ovajo* senza però escludere la possibilità di un tumore uterino. In ambedue i casi si credette il tumore fisso per aderenze pelviche.

Aperto l'addome dal pube al bellico, apparve il tumore bilobato, diviso un lobo dall' altro da un profondo solco — il lobo superiore abbastanza facilmente portato fuori dalla apertura fu distaccato dall' altro col termo-cauterio di Paquelin: allora si vide che il lobo inferiore occupava il fondo della pelvi ed era validamente aderente alla escavazione utero-rettale. Tolte con molta fatica tali aderenze e preso il tumore con grandi pinze uncinate lo estrasse in totalità e riconobbe allora che apparteneva all'utero, ed il grosso e breve colletto del tumore corrispondeva alla porzioue sopra-vaginale del collo uterino: strinse questo col serranodi di Cintrat e lo recise due dita al disopra col termo-cauterio di Paquelin. Ma appena fatto ciò l'ansa abbandonò la presa e una spaventosa emorragia si presentò: afferrate le principali estremità arteriose con pinze emostatiche ed allacciate, la emorragia fu vinta: l'azione dell' anestetico, la grave emorragia misero in pericolo la vita della paziente, ma pronti soccorsi scongiurarono il pericolo e collocato il drain vagino-addominale si chiuse la ferita.

Durata dell'atto operativo ore 2 $^1/_2$, sangue perduto calcolato a grm. 1500.

Dopo 50 ore moriva per collasso.

Il tumore esportato presentava la circonferenza longitudinale di cent. 78; quella trasversa del tumore superiore di cent. 38, del tumore inferiore di cent. 40. L'esame microscopico lo dimostrò un fibromioma. La cavità uterina è della capacità di una amandola e profonda sola tre centimetri: fatto questo che non avrebbe rischiarata la diagnosi anche se il sondaggio fosse stato possibile — l'anamnesi d'altra parte non deponeva in favore di un tumore uterino; solo lo innalzamento e lo spostamento del collo dell'utero e quindi del corpo avrebbero potuto raddrizzare il diagnostico. NEGRI.

Giosuè Marcacci. — Di un nuovo processo per l'estirpazione dell'utero dal lato del ventre; e di un caso in cui fu incominciato e non compiuto. (*Raccoglitore Medico*, agosto 1881).

Ecco il nuovo processo:

« Postomi a sinistra dell'operanda, praticata la incisione delle pareti ventrali dal pube all'ombellico; divaricati gli orli della ferita, e può assai bene ciò ottenersi cogli stessi speculum americani, traggo in alto l'epiploon e gli intestini, che vengono tenuti da un aiuto coll'intermezzo di una morbida flanella a forma circolare, i cui orli sieno arrotolati su sè stessi e così fissati per farle assumere una disposizione leggermente concava, nel cui fondo siano raccomandate delle sottili falde di finissima spugna inzuppata di tiepido latte leggerissimamente fenicato.

Metto a nudo il retto intestino che do' a tenere ad un aiuto che lo tende e stira sollevandolo per quanto può. Dispiego trasversalmente i legamenti larghi e pongo in piena evidenza la escavazione utero-rettale. Afferro l'utero con lunghe pinzette uncinate, e lo traverso con due nastrini in croce per mezzo di un lungo ago, ed i capi dei nastrini raddoppiati do' a tenere ad altro aiuto che lo solleva portandolo in avanti sul pube. Prendo allora io stesso colla sinistra il retto intestino, e colla destra un bistorì convesso ben affilato a lungo manico; il fondo della suddetta escavazione rimane disteso; vi pratico una incisione trasversale che interessi il peritoneo o poco più, nel punto in cui questa membrana dalla vagina si getta sul retto, dividendo i legamenti laterali o falciformi utero-rettali, e non più oltre per rispettare gli attacchi dei legamenti larghi sui lati dell'utero e per non compromettere la integrità dell'arteria uterina. La ridetta incisione trasversale dovrà cadere più sulla vagina che sul retto, perchè rimanendo più peritoneo, diverrà più facile dippoi la riunione e la sutura; il restante della dissezione si compie agevolmente o coi diti, o con una spatolina fin oltre la metà della lunghezza della vagina.

Si fa allora portare indietro, sempre sollevandolo, l'utero per quanto è possibile: si mette in eguale evidenza il cul di sacco vescico-uterino che si solleva e si avvicina; col polpastrello del pollice sinistro spingo verso il pube il corpo della vescica, e pratico sul solco ve-

scico-uterino un' eguale incisione trasversale, e più sull'utero che sulla vescica allo scopo sempre di lasciare più peritoneo onde facilitare l'avvicinamento dei due lembi peritoneali risultanti. Compiuta la incisione del peritoneo, rispettando sempre gli orli laterali dell'utero, e la inserzione dei legamenti larghi, il restante della dissezione fino oltre la metà del decorso della vagina si fa facilmente.

Isolato così l'utero e gran parte della vagina dalle loro aderenze, questi organi si sollevano tanto da sorpassare di alquanti centimetri lo stretto superiore del bacino, e da sentirsi colla palpazione, attraverso le pareti vaginali, la sporgenza del muso di tinca, e tanto meglio se ingrossata per malattia, ed i suoi confini, ed anche sorpassarli. Si intende facilmente che coll' utero e colla vagina risalgono i legamenti larghi, e si pone sott' occhio e sottomano quella parte di arteria uterina che dal fondo del bacino si getta sui lati dell'estremo superiore della vagina. E parmi essere consentaneo alla ragione il pensare essere possibile di sentirla pulsare nel vivente, come io la sentiva sul cadavere iniettato sotto forma di cordoncino duro; e fors'anche essere possibile di metterla a nudo mediante dissezione e legarla isolatamente, ma quest'ultima non è che una mia veduta, una mia speranza.

Condotta la cosa a questo punto, non rimangono che le legature dei legamenti larghi; le quali, come facilmente si capisce, non possono offrire difficoltà alcuna, essendochè si trovano, per così dire al di fuori del bacino.

A questo fine mi servo di un ago assai fino, fisso in manico, leggermente curvo verso la punta e secondo l' asse dello strumento ed ivi crunato munito di un filo di catgut lungo quanto basti a compiere tutte le legature.

La estremità più corta del filo è dal lato della concavità dell'ago; così montato si spinge da dietro in avanti, rasentando l' orlo dell'utero e che comprende l'ovidutto ed il legamento dell'ovaia, e così anche l'arteria utero-ovarica: colla mia sinistra, mentre colla destra tengo fermo l'ago, trattengo l'estremità più corta del filo, nel tempo che un assistente tira, con pinzette, sulla lunga estremità e forma una prima ansa anteriore; ritiro l'ago, e lo spingo di nuovo di dietro in avanti al disotto del legamento rotondo e formasi una seconda ansa anteriore; ritiro nuovamente l'ago e lo spingo sempre di dietro in avanti nella parte più bassa del legamento largo rasentando ancora l'orlo dell'utero, ed in basso della vagina; si dividono le anse e rimangono tre fili coi quali si compiono tre legature che compren-

dono in tre parti tutto intiero il legamento largo, nulla eccettuato. Queste legature chiamerò interne, colle stesse norme si praticano le interne del lato opposto, e le esterne d'ambo i lati alla distanza di un centimetro o un centimetro e mezzo dalle prime, e si incidono i legamenti larghi nel mezzo, sicuri di aver comprese nelle doppie legature ogni particella spettante ai ridetti legamenti; e per necessaria conseguenza ogni più piccolo vaso, compresovi l'arteria uterina.

Avrei anche una qualche speranza di poter risparmiare le legature esterne, pensando che col processo descritto il campo dell'operazione ed i suoi vasi si dominano, quasi direi, come in una ferita alla superficie del corpo, purchè, incidendo a piccoli tratti al di fuori delle legature interne, si leghino via via i vasi che vengono divisi.

Non rimane che il distacco della vagina al collo dell'utero. Abbiamo già detto che colla palpazione si riconosce facilmente attraverso le pareti vaginali il muso di tinca, epperò i confini fra questo e la vagina. Ad agevolare questa dissezione e farla netta mi sono servito di un grosso spatolone di legno dolce con manico ad angolo smusso, che ho spinto nella metà anteriore del solco utero-vaginale e dato a tenere ad un aiuto; con questo mezzo non solo si precisa il confine fra la vagina e l'utero, ma ci si offre altresì un punto solido per compiere col bistorì a piatto una esatta dissezione. Separata la metà anteriore della vagina del collo dell'utero, la prima si ritrae ed il muso di tinca rimane allo scoperto; vi si insinua l'indice sinistro piegato ad uncino, la di cui punta introduco nella bocca dell'utero o l'appoggio contro il suo contorno posteriore e lo rovescio facilmente contro di me, e rendo agevole la dissezione della metà posteriore dall'indentro all'infuori.

Asportato l'utero non rimane che eseguire la sutura della vagina e quella del peritoneo che compio con aghi crunati la di cui parte curva fa angolo retto col fusto.

Voglio anche aggiungere come sia possibile il distacco dell'utero dalla vagina prima di operare sopra i legamenti larghi. Ognuno intende come in questo caso la operazione abbia a riuscire grandemente semplicizzata ».

Tale processo l'A. s'era proposto di mettere in atto in una donna affetta da epitelioma del labbro anteriore del muso di tinca, ed esulcerazione e rammollimento del labbro posteriore, con ingrossamento del collo sopra-vaginale.

Accettata dalla donna la proposta estirpazione dell'utero, l'A. volle anche passare alla isterometria ma per quante cure usasse, tuttavia

tale atto fu causa di un processo di pelviperitonite. — Sedato questo dopo 35 giorni la paziente si dichiarava pronta a subire l'atto operativo. Aperto l'addome si riscontrò l'epiploon aderente tenacemente al corpo uterino ed agli annessi di destra che costituivano una massa informe e voluminosa; tolto l'epiploon anse intestinali del tenue aderivano e riempivano lo spazio retro-uterino; così pure il legamento largo di destra insieme all'ovaio, all'ovidutto, al legamento rotondo ecc. formavano un informe tumore.

L'unica via era quella di desistere, ed infatti l'A. chiuse la ferita addominale. Dopo 52 ore la paziente moriva per acuta entero-peritonite. — L'autopsia dimostrò adesioni molli, recenti e facili a superarsi da una parte; dall'altra adesioni antiche dure, e che non potevano vincersi senza lacerazioni; inoltre un ascesso nel legamento largo destro; l'utero poi era affetto da epitelioma pavimentoso alla porzione infra-vaginale ed in parte anche alla sopra-vaginale.

Tali complicazioni sono da addebitarsi in buona parte al tentativo di sondaggio uterino. Potevano prevedersi tante e sì grave complicanze? A questa domanda l'A. risponde: a noi non fu dato di presentirne delle così profonde.

Comunque sia l'A. crede che l'estirpazione per l'addome col suo processo sia di molto semplicizzata; conclude però col dire che solo il tempo e la esperienza decideranno se sia questa la via o quella vaginale. NEGRI.

Vincenzo Gotti. — Dell'igiene degli occhi nei neonati. (*Bull. delle Scienze Mediche*, ottobre 1881).

M'ha indotto a scrivere su questo argomento il gran numero di bambini che, nei primi due mesi di vita, perde la funzione visiva in causa di quella terribile malattia detta *oftalmia purulenta dei neonati.* Le famose compagnie dei suonatori ciechi tanto note a Bologna e dintorni, erano quasi tutte composte d'individui che dalla prima età avevano perduto la vista o per questa malattia o pel vaiuolo. Da circa mezzo secolo però l'esteso uso della vaccinazione ha tolto a questa tremenda malattia ogni sua forza, e fortunatamente oggi i ciechi per vaiuolo sono rarissimi. Non è così pur troppo dei bambini che sono presi dalla congiuntivite purulenta. Molti medici ed oculisti hanno spesso il dolore di vedere questi piccoli esseri cogli occhi ri-

dotti in gravissime condizioni o totalmente perduti, che vengono loro recati dai genitori o da parenti fiduciosi di sentirsi a dare consolanti notizie, ed ai quali invece non si può dir altro che li hanno condotti troppo tardi. Se si rimproverano i parenti di non averli fatti visitar prima, vi sentite rispondere da tutti in uno stesso modo, cioè, credevano che fosse cosa da nulla, un colpo d'aria, un poco di calore, pur troppo queste credenze volgari molte volte sono state confermate dal giudizio di persone dell'arte inesperte ed ignoranti. Ho udito molte delle vecchie mammane dire che la materia (il pus) prodotta dagli occhi dei neonati serve di purga pel sangue e ridonda a vantaggio del bambino stesso, errore talmente grossolano e fatale da non essere mai abbastanza combattuto.

L'ignoranza adunque, in molti casi, è la causa di questa sciagura, in molti altri la trascuratezza e la nessuna nettezza contribuiscono pure a peggiorare rapidamente questa malattia che da un semplice catarro palpebrale spesso in breve tempo raggiunge il massimo sviluppo, cioè diventa una congiuntivite blenorragica vera e propria con pericolo immediato di ulcerazioni estese o necrosi totale della cornea e conseguente perdita irreparabile della vista.

Se si deve diffidare adunque di quelli che consigliano di non far nulla ai bambini affetti da questa malattia, molto ma molto più si deve temere quelle persone dell'arte poco pratiche che suggeriscono mezzi insufficienti come colliri di solfato di zinco, di rame o di nitrato d'argento a dosi insignificanti, o peggio empiastri di mela cotta, i quali rimedi a nulla giovano, ed anzi fanno sovente irritare maggiormente la congiuntiva, ma ciò che è peggio fanno perdere il tempo utile per la medicatura energica, necessaria. Dalle statistiche fatte sui ciechi si rileva che più d'un terzo di questi disgraziati è dato dall'oftalmia dei neonati, mentre poi è riconosciuto certissimo che questa malattia curata a tempo e come si conviene, ordinariamente guarisce senza lasciare alcuna traccia. Non si dovrebbe adunque cercare un mezzo da prevenire queste disgrazie che oltre al rendere infelici tante famiglie, tolgono alla società tanti soggetti utili, mettendoli finchè vivono a carico della medesima? A me sembra che se si è fatto tanto, e si fa anche oggi per combattere il vaiuolo, qualche cosa si potrebbe e si dovrebbe fare anche per diminuire il triste effetto dell'oftalmia purulenta dei neonati. Nel Belgio ed anche in alcune città della Francia, funzionano già da qualche tempo degli uffizi Municipali d'igiene dove come preservativa per la vista dei neonati vien rimessa dal Municipio ai parenti, insieme all'atto di nascita una

nota stampata che li mette in guardia sui pericoli che corrono gli occhi subito dopo la nascita. — Non si potrebbe intanto fare questo anche da noi? — È una misura che costa poco, ma che però ritengo apporterebbe buoni frutti. Sarei lietissimo che il Municipio di Bologna, tanto premuroso per l'igiene, ben meritevole per questo d'encomio, accogliendo la mia proposta, prendesse l'iniziativa di questa saggia misura, sicuro che molti altri Comuni lo seguirebbero. Oltre a questo il Municipio dovrebbe anche ordinare di tanto in tanto una visita accurata alle scuole dei piccoli bambini, per allontanare quelli, e sono molti, che hanno la congiuntiva malata, perchè colla massima facilità tali malattie si comunicano.

Esempi di questi contagi ne abbiamo avuti già molti qui in Bologna, e primo fu quello, in grandi proporzioni, che colpì la Casa correzionale dei giovani discoli, poi l'Istituto dei sordo-muti, ed anche attualmente si trovano malate parecchie bambine d'un altro Istituto del quale ora non ricordo il nome. Se di quando in quando una commissione di persone dell'arte fosse incaricata di fare queste visite si impedirebbe sicuramente la diffusione di tali malattie e sono convinto che si riuscirebbe a diminuire considerevolmente il numero dei giovani ciechi.

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Volume IV. Febbraio 1882 N. 2.

ANNALI
DI
OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

INTORNO
LA
DIAGNOSI DEI TUMORI ADDOMINALI

CONTRIBUTO

del Dott. ENRICO MUSSO

In questi ultimi anni in cui i medici in generale ed i ginecologi in particolar modo vanno con lodevole fervore occupandosi dei tumori addominali, ed in ispecie degli ovarici, ed in cui non rade volte capita di veder sbagliata la diagnosi sia per difficoltà inerenti alla affezione istessa, sia per mancanza di attenzione da parte degli osservatori, non ci par fuori di proposito il rendere noto il seguente caso, non dirò unico, ma per certo abbastanza raro negli annali della scienza per molte particolarità sue proprie, e per le difficoltà opposte ad una precisa e giusta diagnosi.

« Ora casi che ci pongono in grande imbarazzo per la natura della diagnosi, dice Otto Spiegelberg (1), non sono punto molto rari; e ciò può sembrare una cosa assai strana, messa in paragone la precisione con cui in addietro ha potuto farsi la diagnosi dei tumori ovarici, con la superficialità con cui spesse volte essa vien stabilita. Altri potrebbe anche pensare non essere cosa punto importante il giungere ad una esatta diagnosi, dappoichè per compiere la cura vale lo stesso se la inferma sia affetta da un

(1) O. Spiegelberg. *Sulla diagnosi dei tumori ovarici.* — (*Raccolta di conferenze cliniche del Volkman,* N. 56).

tumore ovarico, uterino, ecc., inquantochè nulla siavi da fare. Ciò potrà essere vero in taluni casi, ma quando ci si domanda una cura radicale, per cui vien richiesta l'ovariotomia, allora la diagnosi è l'elemento donde essenzialmente dipende la nostra risposta. Adunque precisamente le difficoltà che si incontrano nel diagnostico dei tumori addominali furon quelle che per lo spazio di molti anni si opposero a far sì che la ovariotomia fosse accettata come un'operazione legittima. »

E lo stesso gran maestro in ovariotomia, lo Spencer Wells, ci avvisa nelle *Lezioni sulla diagnosi e sul trattamento chirurgico dei tumori addominali*, tenute nel Royal College of Surgeons in Londra nel 1878 e pubblicate nella *Raccolta* del Volkman, come siano noti molti casi nei quali abilissimi patologi ed operatori credettero di praticare una ovariotomia, ma invece di affezioni ovariche trovarono affezioni cancerose di qualsiasi altro viscere addominale.

Il diagnostico dei tumori ovarici esige l'analisi di tutti i tumori addominali; esso è sovente una questione di vita o di morte, da lui dipende il fare o no un'operazione grave, soventi mortale. Se noi non operiamo per mancanza di un buon diagnostico, l'ammalata può restare esposta alla morte, e se operiamo quando non ne fosse il caso, la sua vita può essere da noi abbreviata. Ma siccome le difficoltà a stabilire la reale natura del male alle volte sono grandissime, così fa d'uopo, per non errare, di saper con molto discernimento utilizzare tutti i mezzi che a questo scopo la scienza ha in questi ultimi tempi ritrovato, ed analizzare minutissimamente tutti i sintomi dell'affezione per poter collegare fra loro tutti quei dati che l'ammalato in vari tempi ci offre, i quali presi ad uno ad uno sarebbero inconcludenti, ma che fra loro riuniti possono alle volte portarci ad una giusta diagnosi che a prima vista pareva impossibile ritrarre.

Il caso pertanto che stiamo per narrare ci par appunto potersi annoverare fra quelli non solo di difficile diagnosi, ma che oltre ciò si presta molto bene a dimostrare come alle volte complessissimo debba essere il metodo di esame e come nessun nuovo metodo ritrovato, benchè a prima vista paia superfluo, si debba tralasciare.

Arpellino-Viola Margherita, d'anni 37, di Volpiano, contadina benestante, alta metri 1.56, si presentò il 14 settembre 1880 accusando tumefazione del ventre e difficoltà di respiro.

Anamnesi remota. — Non ha più nè padre nè madre essi morirono entrambi in età abbastanza avanzata per malattie a corso acuto che però non fu possibile di precisare quali fossero. Ha fratelli e sorelle che tutti, al momento dell'esame, godono buona salute. Nella sua famiglia dice che non regnarono mai nè regnano tuttora malattie costituzionali od ereditarie.

Da bambina superò le solite malattie esantematiche proprie di quell'età. Non si ricorda di aver fatte malattie di rilievo sino al 18º anno, in cui fu affetta da una pleuro-polmonite. La prima mestruazione incominciò fra i 14 ed i 15 anni. La mestruazione continuò sempre abbastanza regolare.

A 14 anni andò a marito e diede alla luce N. 8 figli, di cui sette vivi tuttora ed uno morto all'età di anni due. Non ebbe aborti. Fece molte e varie malattie di rilievo, in ispecial modo in seguito a parti. — Allattò sempre essa i suoi bimbi, ed in caso di morte di questi o quando li slattava ne prendeva altri a baliatico, continuando l'allattamento anche più di due anni, ed alle volte finchè nuova gravidanza la obbligava a desistere. Due volte, cinque o sei mesi dopo il parto, ricomparvero le mestruazioni ad onta dell'allattamento.

Due anni or sono, attraversando su di un mobile e fragile ponticello il torrente Malone, cadde in esso. Correvano gli ultimi giorni di ottobre. Lo spavento e la subitanea perfrigerazione causata da un tal bagno così poco aspettato sconcertarono alquanto la sua salute, cosicchè dovette tener il letto per un po' di tempo e le furon praticati vari salassi.

Dopo d'allora, rimessasi a stento in salute, continuò nelle sue faccende casalinghe; però lagnavasi di tanto in tanto di qualche piccolo incomodo.

Condusse sempre l'attivissima vita di una buona massaia e di una buona madre di famiglia. Allattava continuamente, lavorava moltissimo in casa, e quando qualche rimasuglio di tempo le rimaneva aiutava il suo marito ed i suoi figli nei loro lavori di campagna. Per molto tempo abitò in un cascinale presso il torrente Malone, località non troppo sana ed un po' umida; un anno però prima che l'affezione di cui stiamo per trattare divampasse si recò ad abitare alla Braida, cascinale presso Brandizzo, località molto più sana della prima.

Negli ultimi tempi che dimorò presso il cascinale di Malone diede alla luce un bimbo spoppato, il quale l'Arpellino prese un

altro bimbo a baliatico e lo allattò per ben 18 mesi non spoppandolo che nel giugno 1880 in cui appunto incominciò a provare qualche incomodo suscitato dal fatal suo morbo. Tre mesi prima dello svezzamento eranle però ritornate le sue mestruazioni alquanto dolorose e non così regolari come prima dell'ultima gravidanza; che anzi prima lo spurgo era rosso-sanguinolento alquanto oscuro, invece in queste ultime il sangue era mescolato ad alcune goccie di color bianchiccio, ed esse avevan luogo ogni quindici-venti giorni, ma duravano solo un giorno o due; nè prima d'ora furonle mai dolorose.

Non soffrì mai metroraggia. Interrogata se dubitasse di essere incinta, rispose decisamente di no.

Nel giugno 1880 incominciò ad accusare qualche lieve dolore al basso ventre con senso di peso nel bacino, a cui non diede grande importanza appunto perchè ciò attribuiva al prolungato allattamento. I detti lievi dolori continuando sempre ed a questi aggiungendosi malessere generale, cattive digestioni, difficoltà di respiro e qualche conato di vomito, l'ammalata si trovò costretta a dismettere l'allattamento già sin troppo prolungato. Curossi per qualche tempo cogli empiastri e coi soliti rimedi di cerretani, finchè vedendo che i detti disturbi andavan sempre aumentando, che il ventre cresceva di volume, l'appetito diminuiva, i vomiti si facevan più frequenti e che il dimagramento generale faceva progressi, si decise di consultarci.

Stato presente. — Era costretta a tenere il letto. Come già si disse essa non aveva in realtà che 37 anni, eppure a vederla la si sarebbe giudicata sulla cinquantina.

Nel letto essa è obbligata a tener la posizione semiseduta; se tenta di prendere il decubito dorsale viene assalita da accessi forti di tosse e di soffocazione. Tiene il capo normalmente sollevato con una giacitura prostrata e quasi immobile; le estremità preferisce tenerle tese. Dorme poco. La pelle è ruvida e gringosa e secca, con temperatura quasi normale, colorito terreo-giallognolo-oscuro. La muscolatura in generale semiatrofica. Nessuna articolazione presenta ammalata. Ha capelli abbastanza folti e neri, però un po' grossolani. Cranio normale e brachiocefalo.

Presenta a primo aspetto una denutrizione generale abbastanza avanzata, viso smunto ed infossato, saglienze muscolari ed ossee che sembrano a nudo, fronte coperta di rughe; occhi infossati con sguardo stanco; congiuntiva scleroticale leggermente colorita

in giallo; la pelle della palpebra inferiore, specialmente verso la regione nasale, alquanto cianotica; la congiuntiva palpebrale pallida e leggermente giallognola, le narici aperte coi loro bordi sottili che distintamente vedonsi a veleggiare; commessure labbiali cadenti coperte di profonde rughe; color oscuro-giallo-terreo-olivastro, specialmente nella faccia; quel certo color così detto cancerigno, ma che congiunto al suo aspetto generale sembra raggruppare quel complesso di caratteri particolari che dal penetrante ed espertissimo occhio clinico dello Spencer Wells (1) si volle chiamare *faccia ovarica.*

Non accusa dolor di capo. Le gengive che facilmente staccansi dai denti e la mucosa boccale son pallide ed anch' esse leggermente giallognole; la lingua biancastra, i denti in gran parte mancanti, ed i pochi che rimangono son coperti di patina e nerastri. Le glandole cervicali, mascellari, sopraclavicolari, ascellari non presentano nulla di rimarchevole. La glandola tiroide è normale. Il collo è dimagrito ed anch' esso di color terreo-giallastro. Le pulsazioni delle carotidi appariscono distinte.

La respirazione è alquanto rumorosa, stentata, frequente (28 al minuto) e superficiale; respira alle volte per la bocca, alle volte pel naso; le pinne, come già si disse, dilatansi fortemente; havvi tosse con espettorazione non molto abbondante di tenue muco. All'ascoltazione si sente distintamente nel lobo inferiore dei due polmoni dei rantoli crepitanti a grosse e medie bolle. La percussione rileva come l' area polmonare sinistra non arrivi che al bordo superiore della sesta costa; e quella di destra al bordo superiore della quinta costa. Le ultime coste son molto divaricate; l'apofisi ensiforme sporgente.

L' area cardiaca è di poco aumentata, ma però portata in alto, dimodochè il battito si sente nel terzo spazio intercostale.

Più in alto già si notò come fra i primi sintomi che allarmarono l'ammalata spiccassero inappetenza, avversione agli alimenti, nausee e vomiti, senso di peso all'epigastrio dopo il pasto. Il vomito però non è periodico, ma quando insorge ha luogo poco tempo dopo l' ingestione dei cibi; le sostanze vomitate, al dir dell' inferma, han sapore amarissimo ed acido, di color nerastro, dense e biliose, e di cattivo odore. Si lagna di pirosi. Non furon mai emesse traccie di sangue.

L'addome enormemente teso ed alquanto dolente rende difficile

---

(1) *Diseases of the ovaries,* pag. 86-87. London 1865.

e noioso l' esame degli organi entro contenuti. La circonferenza a livello dell'ombellico misura 123 ctm., e la distanza dalla cicatrice ombellicale alla sinfisi pubica 27 ctm. Il ventre ha una distinta forma a cupula, alquanto più prominente a destra; la pelle è brillante e smagliata; avvi lieve infiltrazione sierosa presso al pube e nella regione del canal crurale; alcune vene distinte solcano la parete ventrale: il suono è ottuso nella parte anteriore fino a pochi centimetri dall'arco costale; nella regione costo-iliaca sinistra si ha timpanismo; ottusità assoluta nella medesima regione a destra. Cangiando la posizione dell' ammalata questi dati cangiano di ben poco. L'ascoltazione e la palpazione nulla rilevano che faccia dubitare l'esistenza d' una gravidanza. Lagnasi l'inferma d'un dolore gravativo non molto intenso al basso ventre e specialmente a destra. La fluttuazione è distinta specialmente nella regione sopra-ombellicale; nella sotto-ombellicale invece è alquanto più oscura e per ben constatarla fa d' uopo di tener le mani non troppo distante l'una dall'altra.

Quando però trattasi di addivenire ad una palpazione un po' profonda le difficoltà dell'esame, causa la indocilità dell'ammalata, crescono a tal segno che fa d' uopo apprendersi al partito di rimandarne la continuazione ad un'altra visita, secondo il consiglio di molti pratici fra cui l' Hegar di Friburgo che a questo riguardo così si esprime: « La trepidante immaginazione, lo sbigottimento dell'esame, il pudore soventi volte aumentano la tensione delle pareti ventrali. Le pazienti sospendono di tanto in tanto del tutto la respirazione, respirano irregolarmente e spesso tendono tanto i muscoli addominali da rendere del tutto inutile il palpamento addominale. I mezzi più di sovente alla mano, siccome l'invitarla ad aprire la bocca, a respirare con calma, come pure l' occupare la sua attenzione con qualche discorso opportunamente distornante spesso non hanno effetto Ciò nullameno l'osservazione ci insegna come frequentemente ciò che non ottenemmo in un primo esame si può conseguire molto più facilmente in un secondo. Pertanto in una persona di sentimento un po' vivo sarà bene di procedere con prudenza, rinviando ad un'altra seduta il compimento dell' esame.

Così le ammalate conoscendo meglio il medico ed il metodo di esame, più facilmente si libereranno dall' imbarazzo per aver capito lo scopo del visitatore e meglio eseguiranno le varie sue ordinazioni, ciò che prima non sapevano fare, ad onta del loro

buon volere. » (1). Infatti in una seconda visita fu possibile di spingere molto avanti l'esame. Sempre a causa della tumefazione e dolentezza del ventre parve conveniente di attenersi nella palpazione al metodo raccomandato da Roederen e da O. Spiegelberg (2), che consiste in una forte e non interrotta pressione per superare la tensione delle pareti addominali; si fa giacere l'inferma sul dorso in posizione quasi orizzontale con le coscie flesse, a cui si lascia eseguire inspirazioni ed espirazioni ritmiche e profonde, con ambe le mani poi distese si esercita una pressione continua diretta contro la colonna vertebrale: se con la espirazione cessa la tensione del ventre, allora con forza nella pausa della respirazione e nella prossima inspirazione si mantiene l'ottenuto rilasciamento, e si ripete questa manovra per più volte. Per tal guisa l'opposizione dell'inferma e le sue fantastiche paure son tosto vinte e può la mano palpare la cavità addominale da sopra le interposte pareti, sin dove la raccolta liquida materialmente lo permette. Benchè nel nostro caso non si possa molto deprimere la parete addominale, cionullameno in questo modo si riconosce che il bordo inferiore del fegato sporge all'imbasso dell'arco costale, e colla percussione si rileva che l'area epatica è alquanto ingrandita in tutti i sensi.

Il timpanismo ventricolare incomincia quasi dalla linea mediana, poco a destra, molto a sinistra.

L'area splenica è normale se non che è spinta indietro.

In questi tentativi di palpazione e percussione per riconoscere lo stato dei vari organi si rilevò nella cavità addominale alcun che rassomigliante ad un tumore alquanto mobile; ma l'indocilità e la debolezza stessa dell'ammalata non permisero di persistere nell'esplorazione. Maggiori e più precisi dettagli riguardo all'esame dell'addome, per non ripetere, si esporranno in seguito.

Le deiezioni alvine si presentano scarse, non diarroiche, alle volte un po' dolorose. L'urina scarsa ed un po' torbida, di peso specifico 1023, di penetrante odore ammoniacale, di reazione alcalina; contiene in discreta quantità dell'albumina.

Le mammelle son flacidissime e senza traccia di secrezione qualsiasi. La mestruazione come si disse continua benchè alquanto

---

(1) Vedi — *Sammlung Klinische Vorträge* — e *The obstetrical journal of Great Britaïn and Ireland,* N. 66, September 1878.

(2) Spiegelberg. *Loco cit.*

irregolare e non molto abbondante; avvi qualche traccia di leucorrea. Non fu possibile di fare il riscontro vaginale e rettale, essendosi l'inferma rifiutata recisamente, sia per tema dell'esame stesso, sia per pudore.

Non si presentarono mai sintomi di febbre un po' rilevanti La temperatura oscillò quasi sempre fra i 36°,5 ed i 37°,5, qualche rara volta arrivò ai 38°, senza però mai superarli.

Da tutto il sovraesposto risulta come fosse indispensabile per poter stabilire una giusta diagnosi, di addivenire ad un accurato esame rettovaginale. Mentre però tentavasi di indurre l'ammalata a lasciarselo praticare, si istituì una cura roborante. Ma questo esame, per circostauze dipendenti dall' ammalata e dalla sua famiglia, non lo si potè così presto compiere.

Alli 24 di settembre in fretta veniamo chiamati presso l' inferma che stava per perire soffocata in causa di frequenti e forti accessi di dispnea. In compagnia dell' egregio Prof. Libero Bergesio, 1° assistente alla Clinica Ostetrica di Torino, nuovamente visitammo l' inferma e la trovammo infatti in uno stato lagrimevole. Respiro accelerato, rantoloso ed affannoso, polso filiforme e frequente, faccia cerulea, labbra decisamente cianotiche. L' urinazione era sempre andata scemando finchè era quasi scomparsa, come pure la defecazione alvina era rarissima e di natura consistente. Esaminata in fretta dall'egregio Prof. Bergesio l'ammalata anch' egli constatò ventre voluminosissimo e sentì quel certo tumore bernoccoluto e mobile addominale per cui si dubitò trattarsi d'una cisti ovarica nuotante nel liquido ascitico. La fluttuazione era meno distinta che per l'innanzi. Non si potè però concretare una diagnosi precisa, poichè il pericoloso stato dell' inferma richiedeva un pronto soccorso. Nè si potè per un sol momento esser perplessi sul da fare. La paracentesi era dalle circostanze imperiosamente imposta.

Perciò dato di mano ad un trequarti di medio calibro si infisse in un punto ben determinato della regione iliaca sinistra. Il trequarti trovò molta resistenza a penetrare. Ne sgorgò un liquido alquanto oscuro e glutinoso del peso specifico di 1013 contenente fibrina e lasciato all'aria per 18 ore, diede luogo ad un deposito formato da un coagulo molle e gelatinoso. — Se n' era appena estratto 6 chilogrammi e l' addome non era ancor ridotto alla metà del suo primitivo volume, quando tutto d'un colpo il liquido cessa di fluire; un corpo resistente ma che dava sensazione ela-

stica s'era portato contro l'apertura del trequarti ed impediva l'uscita del liquido L'addome essendo alquanto floscio si potè ripetere l'esplorazione.

Il tumore già prima percepito si ripresentava distintamente, grosso come un pugno, bernoccoluto che dava la sensazione di un piccolo tumore sovrapposto ad un altro molto più grosso e moventesi liberamente nella cavità addominale. Il tumore più grosso era anch'esso bernoccoluto a pareti tese ed occupante gran parte dell'addome, rimontando fin a livello del bellico. Esso era poco mobile ed anteriormente si poteva abbastanza bene delimitare. Per questi dati si opinò trattarsi di cisti ovarica moltiloculata.

L'idea di una ovariotomia ci sorrideva, però il color sospetto, l'emaciazione molto avanzata dell'ammalata, la rapidità con cui il tumore s'era sviluppato, la complicazione della cirrosi epatica, ci fecero essere molto riservati non solo nella prognosi, ma pur anco riguardo al *quid agendum*. La necessità d'un esame rettovaginale si faceva sempre più sentire; e persistendo l'ammalata nel rifiuto si prese la determinazione di farla trasportare come pensionaria nell'Ospedale di Volpiano dallo scrivente diretto. Quivi l'Arpellino non trovandosi più in mezzo alla propria famiglia speravamo che ci avrebbe concesso il desiderato esame. E così fu.

È inutile il dire che la paracentesi l'alleviò molto; l'urinazione e la defecazione, tolta la compressione, aumentarono alquanto, ma non divennero neppur ora normali: l'appetito però continuando a far difetto, le digestioni ad essere difficili ed il liquido ascitico a riprodursi, urgeva di addivenire ad un completo esame. Questo fu fissato pel 3 ottobre e ad esso accettò gentilmente di intervenire oltre al Prof. Bergesio puranco l'Illustr. Prof. Domenico Tibone, Direttore della Clinica ostetrico-ginecologica di Torino.

Lasciando da parte tutte le altre particolarità già sopra descritte, veniamo subito all'esame dell'addome.

Circonferenza ombellicale	ctm.	111
Circonferenza sottombellicale (posizione supina) . .	»	113
Circonferenza media soprombellicale	»	108
Dal bellico alla spina iliaca anteriore sinistra . .	»	26
Dal bellico alla spina iliaca anteriore destra . . .	»	24
Dal bellico al pube	»	22

Lieve edema sottocutaneo nella regione iliaca destra e sinistra nella parte più bassa. Distinta la fluttuazione in tutta la estensione del tumore ma più nella regione soprombellicale che nella sottombellicale. Il suono ottuso assoluto cessa a livello del bellico: per 1 ctm. sopra il bellico il suono si può dire misto. Nella linea mamillare di sinistra il suono misto che incomincia dal bellico si estende alquanto più in alto. Dal lato destro nella linea mamillare il suono ottuso si confonde con quello del fegato. Suono timpanico pochi centim. sopra la spina il. sin. ant. Dal lato destro, nella regione costo-iliaca, ottusità assoluta. Facendo coricare la donna sul lato sinistro si ha suono misto con predominanza timpanica nella regione costo iliaca destra, ma in corrispondenza della linea mamillare persiste la ottusità: rimessa la donna nella posizione supina si ritorna all' ottusità nella regione sopradetta, ma meno distinta. Facendo coricare la donna sul lato destro si ha suono timpanico nella regione ipocondriaca sinistra. Alla palpazione si sente da ambo i lati, ma in modo molto più marcato a destra un tumore bernoccoluto immerso nel liquido addominale, poco mobile, che occupa tutta la regione addominale inferiore e a destra un altro piccolo tumore pur bernoccoluto mobilissimo che dà la sensazione di un tumore sovrapposto ed annesso al primo più grande.

In complesso anche questa volta si ritrae l' idea di una cisti ovarica immersa in una ascite addominale.

Passatosi poi colla mano unta d' olio fenicato all' esplorazione vaginale, la quale e dall' ammalata accusata dolorosissima, si ritrova il fornice vaginale posteriore e le pareti laterali occupate da un tumor duro fisso, granuloso alla superficie e facilmente sanguinante: questo tumore si estende al collo dell' utero ed all'utero fino al punto ove si può giungere col dito; il collo dell' utero è beante, pure sanguinante e granuloso. La esplorazione combinata canal vaginale-pareti addominali (1) a causa della grande distensione dell'addome, dà risultati poco soddisfacenti. La esplorazione rettale ci fa scoprire un tumore inquinante la porzione inferiore del retto, le due dita introdotte non arrivano alla sommità del tumore: nella parte anteriore specialmente è bernoccoluto, granuloso e sanguinante anch'esso, ove si introduca il dito non con tutta delicatezza.

---

(1) Hegar. *Loc. cit.*

All'esame combinato rettovaginale si rileva che il tessuto interposto fra il retto e la vagina è tutto inquinato dal detto tumore, dimodochè la parete posteriore della vagina, la parte anteriore del retto ed il tessuto interposto formano un corpo solo, abbastanza duro e poco mobile. Lo spessore di questo tumore è di circa 6 ctm.

La forma peculiare dell'addome, i reperti della percussione e palpazione e misurazione ventrale, e la faccia ovarica ci avrebbero fatto decidere per una cisti ovarica, ma la sensazione che dava al tatto il tumore bernoccoluto nuotante nel liquido ascitico, la rapidità dello sviluppo di detto tumore, la grande depressione delle forze, del coraggio e della costituzione, i dolori ventrali di cui la donna si lagnava, lo stato suo cachettico ed anemico ed i dati raccolti dall'esame rettovaginale ci fecero piuttosto decidere per un cisto-carcinoma nel senso largo della parola, nel senso in cui il Barnes (1) intende la parola cancro, cioè una malattia che tende a distrurre l'organo ch'ella ha attaccato, che invade i tessuti vicini e che corre verso un termine fatale, insomma un tumore maligno.

È ben vero che secondo il T. Gallard Thomas (2) per meglio assicurare questa diagnosi si sarebbe ancor richiesta l'esistenza dell'edema precoce delle estremità inferiori, dei dolori lancinanti e scottanti del tumore, come pure che l'ascite non dipendesse da malattia epatica o di altro organo: ma come ben osserva il Barnes, a questo riguardo, questi ultimi sintomi non sono costanti, e ben si sa che non rare volte i dolori lancinanti fanno difetto anche nel vero cancro (3) Molti autori genecologi sono d'accordo a questo riguardo e fra gli altri il Courty (4) trova difficoltà a spiegarsi il silenzio degli autori sulla mancanza del dolore nel primo periodo di sviluppo del cancro degli organi genitali, poichè il dolore spontaneo, soventi anche il dolore provocato fanno interamente difetto. « Sovente io sono stato consultato da donne nelle quali l'esame m'ha rivelato una malattia incurabile, nelle quali la morte non si è fatta attendere più di tre mesi, ed in cui il male erasi pur sviluppato sordamente, senza che alcun dolore acuto avesse mai attirato la loro attenzione.... I cancri

(1) Barnes R. *Trattato clinico delle malattie delle donne.*

(2) *American Journal of obstetrics.*

(3) Barnes. *Loc. cit.*

(4) Courty. *Trattato pratico delle malattie dell'utero, ecc.* — Traduz. Tempesta, 1876, pag. 1075.

stessi i meglio caratterizzati ed i più suscettibili di generalizzazione, lo scirro, l'encefaloide, possono arrivare ad un periodo avanzato ed incurabile del loro sviluppo, senza aver risvegliato dolori, almeno di quei dolori acuti, lancinanti segnalati come proprii di quest'affezione. »

Questo tumore maligno che complicava la cisti ovarica erasi poi già diffuso all'utero, alla vagina, al retto e fors'anche allo stomaco. È ben vero che i disturbi dell'apparato digerente che tanto tormentarono l'Arpellino, come vomiturazioni e vomiti, pirosi, cattive digestioni e mancanza di appetito, senso di peso all'epigastrio, potevano benissimo spiegarsi per mezzo del grande volume assunto dall'addome in causa della raccolta liquida, come pure per la cirrosi epatica, ma l'ora appunto in cui i detti vomiti avvenivano, poche ore dopo il pasto, facevano dubitare che anche allo stomaco già il detto tumor maligno si fosse propagato.

Riguardo al *quid agendum* naturalmente non era pur troppo neppur il caso di parlarne; la cura non poteva essere che sintomatica e palliativa.

Però la diagnosi di cistocarcinoma non era il tutto, poichè per essa molte e difficili questioni sorgevano da risolvere. Ed invero noi dovevamo ancora vedere se il tumore era mono o policistico; in che modo si comportasse il carcinoma per rispetto alla cisti; se la cisti avesse contratto delle aderenze colle pareti del ventre e coi visceri; d'onde il carcinoma avesse avuto il suo punto di partenza ed a quali organi più probabilmente fossesi diffuso; di qual natura fosse il tumore del setto; e se fosse un vero cancro il tumore maligno complicante la cisti. Per dilucidare questi vari punti della diagnosi si dovettero ripetere più volte gli esami.

Ma frattanto i dolori addominali aumentavano alcun poco specialmente a destra, però non si presentarono mai lancinanti, nè furono mai molto forti. Sul principio dell'ottobre comparve agli inguini l'edema molto abbondante, il quale in seguito propagossi agli arti inferiori con predilezione a sinistra; la puntura multipla della cute edematosa apportò non lieve giovamento.

I dolori addominali si estesero pure all'arto inferiore sinistro, finchè ne risultò una tormentosissima nevralgia sciatica che a poco a poco si riuscì a calmare e quindi a far scomparire per mezzo delle frizioni di pomata iodoformizzata (1).

---

(1) Musso. *Nevralgie e reumatismi curati coll' elettricità e specialmente coll' iodoformio.*

Si noti però a questo riguardo che i dolori divennero atrocissimi solo nell'arto inferiore sinistro, forse per diffusione del processo carcinomatoso agli inviluppi del nervo sciatico, o per compressione di detto nervo da parte del tumore sedente nel bacino, oppure anche per entrambe queste due cause. Ma mentre questa nevralgia tanto tormentava la povera inferma, i dolori all'addome, al basso ventre, agli inguini si mantennero sempre abbastanza miti, nè mai diedero luogo a trafittura. Insistiamo su questa particolarità perchè a nostro avviso è importante per risolvere il quesito sulla natura del tumore.

L'urinazione essendo scarsissima si propinarono alcalini e sali di litina con cui si riuscì di farla sensibilmente aumentare.

La defecazione che per alcun tempo era stata abbastanza normale fecesi in seguito diarroica.

La dispepsia anch'essa accrebbesi, ed un serramento alla gola ed allo stomaco impediva alla inferma di nutrirsi. Qualsiasi consueto nutrimento le provocava nausea e vomiti, i quali alcune volte eran mucosi, altre volte biliosi con poche striscie di sangue. L'ammalata quasi non nutrendosi più e l'emaciazione aumentando, per prolungarle di alcuni giorni ancora la vita, le si fece preparare uno speciale estratto di carne artificialmente digerita. In seguito alla somministrazione di questo preparato i vomiti diminuirono e poi scomparvero, per ripresentarsi negli ultimi giorni di vita. — Beveva volentieri del buon vino nero.

Era tormentata da insonnia e da tosse catarrale che palliativamente si combattè coll'idrato di cloralio e colla morfina.

Dopo li 6 di ottobre la temperatura che fino allora aveva quasi sempre oscillato fra il 36°,5 ed il 37°,8, salì specialmente alla sera alli 38° e qualche volta anche alli 38°,5 senza mai superare questo punto.

Il polso era piccolo ed in generale oscillava fra 76 ed 86. La respirazione man mano che il liquido addominale aumentava rendevasi sempre più difficile.

Intanto dai ripetuti esami rettovaginali risultò come le pareti posteriore e laterali della vagina, come pure il collo dell'utero fossero affette da lievi escoriazioni, piuttosto che ulcerazioni, facilmente sanguinanti, ma non coperte nè da granulazioni, nè da secrezione purulenta ed icorosa, nè presentanti sul loro fondo quell'aspetto grigiastro e sanioso proprio dell'ulcera cancerosa: queste escoriazioni, se ci si permette di così chiamarle, perchè

presentavano quest'aspetto, avevan sede sopra induramenti ineguali, violacei, a bordi irregolari. Per aver questi dati si dovette adoperare lo speculum, la qual pratica è dal Barnes sconsigliata; però ciò si fece con tanta circospezione ed aprendo le valve quanto meno era possibile che potemmo osservare alcune ulcerazioni assolutamente dallo speculum nè direttamente nè indirettamente vulnerate, senza dar luogo nè a lacerazioni, nè ad emorragie di qualche momento. L'utero poi era in forte antiversione compresso contro la vescica e difficilmente mobile Il retto pure era schiacciato contro il sacro, tutto irto di nodoli di varie dimensioni, da una testa di spillo fino a quello di un fagiuolo. Il tumore posto fra il retto e la vagina era duro, resistente e poco dolente alla pressione fatta dal retto e dalla vagina nel medesimo tempo. Non si potè riscontrare in esso fluttuazione di sorta, ma al tatto dava una non so qual sensazione duro-elastica che ci fece dubitare si trattasse o di cisti con pareti molto tese o di tumor duro con sostanza centrale rammollita. Si volle perciò tentare la puntura esplorativa, ma l'inferma essendosi recisamente rifiutata e non essendo noi a questa puntura spinti da nessun altro sintomo che da quel barlume di elasticità riscontrata nel tumore, e per' di più convinti che detta operazione poco o nessun vantaggio avrebbe apportato all' Arpellino già tanto tormentata dalla sua affezione, credemmo opportuno di assecondarla e fecimo definitivamente diagnosi di tumore maligno inquinante la detta regione.

Da quest'esame e dall'anamnesi risultava pure un altro fatto, cioè che il detto tumore non poteva essersi primitivamente dipartito nè dal corpo dell'utero, nè dal suo collo. Primieramente perchè a quest'epoca se fossesi dipartito dal corpo dell'utero, colla grande diffusione che già si riscontrava, il corpo dell'utero si sarebbe dovuto ingrandire al punto che nei vari esami praticati nelle regioni genitali, questo ingrandimento si sarebbe dovuto riscontrare; or invece mai si potè verificare aumento di sorta in detto organo. Inoltre uno fra i sintomi più precoci e frequenti (Barnes, Courty, Schroeder) se non assolutamente costanti son le metrorragie; or nel nostro caso queste mai comparirono nè punto nè poco. Neppure il collo uterino parve potersi dire il punto di partenza del carcinoma appunto per la scarsità delle lesioni riscontrate in esso. Per cui detto tumore dovevasi essere originato o nel setto rettovaginale o nell'ovaio.

Essendosi il liquido ascitico riprodotto al punto che la circon-

ferenza ombellicale misurava 115 ctm., ed i fenomeni dispnoici ed asfittici minacciando nuovamente la vita dell'inferma, il 9 ottobre si ripetè la paracentesi, estraendo 7 chilogrammi di liquido scuro ma non torbido.

Estratto così la maggior parte del liquido ascitico si ripetè l'esame del tumore addominale. Si noti che ad ascite intatta a sinistra nella linea mamillare e poco al disopra della cresta iliaca, la cisti ovarica dista dalla parete addominale di circa 6 ctm. (misura presa colla cannula del trequarti a rubinetto) nelle altre regioni alla palpazione questa distanza si percepisce molto minore.

Le pareti ventrali state fin allora oltremodo distese erano alquanto dolenti al tatto. Colla palpazione, oltre al sovradescritto tumore bernoccoluto e mobile, se ne sentiva un altro occupante tutto il basso ventre che in alto sorpassava il bellico di due dita traverse; aveva esso una forma arrotondata e proeminente in avanti e poco mobile. La sua superficie si sentiva distintamente ben tesa ed alquanto elastica; le pareti ventrali floscie, dopo la paracentesi si potevan far scorrere sopra il tumore, il quale ad una modica compressione non era dolente, ed il dolore di cui lagnavasi l'ammalata era da essa stessa riferito alle pareti ventrali. Palpando con forza e profondamente appena al disopra del pube e delle creste iliache sentivasi il tumore perdersi nell'escavazione del bacino. Nelle regioni posteriori non lo si poteva bene delimitare. Tenendo le mani alquanto ravvicinate si distingueva abbastanza nettamente la fluttuazione, ma ove queste si fossero portate ai due poli del tumore essa non si percepiva più. Facendo coricare l'ammalata or sopra un lato or sopra un altro il tumore si spostava alquanto facendo prominenza nella parte più declive. La percussione dava suono ottuso in tutta la estensione del tumore. Alquanto al disopra del bellico incominciava la risonanza timpanica e più o meno distinta si estendeva all'epigastrio ed all'ipocondrio sinistro: a destra tra l'ottusità epatica che si sentiva alquanto ingrandita e l'ottusità data dal tumore avevasi per due traversi di dito distinto timpanismo. Nella regione lombare sinistra, appena al disopra della cresta iliaca il suono era timpanico, ed ottuso a destra nella stessa regione; nè questi diversi suoni cangiavano gran fatto col cangiar di posizione l'ammalata.

Esaminato così il tumor cistico liberato da ogni complicazione coll'ascite, e non avendo più da preoccuparsi di qualsiasi operazione radicale, credemmo pure opportuno di punzionare la cisti,

per meglio studiare sia il contenuto, sia le pareti sue, sia i rapporti suoi col tumor maligno e cogli organi circostanti. Percio introdotto il punteruolo del trequarti nella cannula sempre stata tenuta a contatto della parete cistica, la si perforò, incontrando però molta resistenza. Ne fluì un liquido verde giallastro, viscoso e torbido nella quantità di più di 5 litri.

La punzione qual mezzo palliativo per far diminuire la distensione dell'addome è un' operazione conosciuta da lunga data (1), ma qual eccellente mezzo per la diagnosi dei tumori addominali non conta ancora che breve vita. Brevemente accennata dal Barnes e portata a gran perfezione dallo Spiegelberg e dal Waldeyer (2), fu anche molto apprezzata dall'Atlee (3) e dallo Schroeder. Con essa producendosi un afflosciamento dell'addome, a causa del vuoto fatto, si può avere un essenziale schiarimento, essendo allora possibile palpare e percuotere in vari modi il ventre e rilevare gran parte dei rapporti degli organi entrocontenuti. Non di meno anche dopo la punzione per ragione o dello scarso vuotamento o delle aderenze sia parietali, sia viscerali del tumore, la esplorazione fisica può essere senza risultato.

Molto più importante è l' esame chimico e microscopico del liquido estratto colla punzione; il risultato ottenuto da questo esame, sia negativo, sia affermativo può ritenersi assolutamente come il più sicuro segno e sintomo in paragone di tutti gli altri, benchè si debba tenere a memoria che si danno casi in cui i contrassegni caratteristici sì chimici che microscopici non vengono a luce (4).

Il liquido estratto aveva 1020,5 di peso specifico; conteneva in abbondanza mucina ed albumina, ma non fu possibile di riscontrarvi la paralbumina che in lieve quantità. Lasciato questo liquido all' aria per 24 ore non diede luogo che ad un lieve deposito il quale si rimescolava col liquido al menomo scuotimento del vaso. Questo deposito era ben differente da quello formato dal liquido ascitico già descritto.

Si sa come lo Scherer abbia ritrovato che quell'albumina il cui

---

(1) R. Barnes. *Loc. cit.*, pag. 313.

(2) O. Spiegelberg. *Loc. cit.*, pag. 10.

(3) Wash L. Atlee. *General and Differenzial diagnosis of ovarian tumor*, ecc Philadelphia, 1873, pag. 57-60 e Cap. XXIV pag. 442-468.

(4) O. Spiegelberg. *Arch. für Gynäk.* 3 pag. 271 — e *Loc. cit.* pag. 12.

coagulo ottenuto per cozione può essere di nuovo sciolto mercè l'acido acetico, è una forma di albumina diversa da quella ordinaria. La paralbumina e la metalbumina coagulano col riscaldamento e riscaldate insieme all'acido acetico si ridisciolgono. In questo modo si può contraddistinguere l'albumina dalla paralbumina e metalbumina; ed esso fu per lungo tempo considerato come un sicuro mezzo per distinguere un trasudato idropico ed il liquido di una cisti. Si disse che l'albumina che si lasciava ridisciogliere dall'acido acetico fosse propria al contenuto delle cisti ovariche, mentre l'albumina insolubile fosse caratteristica del liquido ascitico, ciò che si può trovare esattamente nella maggior parte dei casi. Però la ulteriore esperienza ci insegnò che anche qui possono esservi illusioni.

Avremmo anche desiderato d'avere il parere, riguardo all'esame microscopico del liquido, d'un buon istologo, ma per cause da noi indipendenti, non fu possibile d'averne il responso; sarebbe certo stato utilissimo in questo caso. Ad ogni modo l'esame chimico più volte ripetuto benchè non dilucidasse completamente la diagnosi, pur tuttavia ci dava dati che fin ad un certo punto parlavano pel cistovario.

Estratto il liquido il ventre divenne flacidissimo. Alla palpazione il tumore duro, bernoccoluto e mobile di destra era di poco diminuito e delimitato colle due mani dava nel suo complesso una sensazione elastica senza che però fosse possibile di sentire nel suo interno fluttuazione di sorta. Riguardo al gran tumore che prima della punzione occupava tutto l'addome non sentivasi più che nelle regioni posteriori ventrali un grande ammasso di nodoli che infiltravano una parete che sembrava la parete cistica: però i grossi bernoccoli che si eran riscontrati prima della punzione erano quasi scomparsi. Quest'ammasso di nodoli irregolarmente sparsi sentivasi distintamente raggiungere il bacino e perdersi in esso. Al riscontro retto vaginale risultava che il tumore del setto non era per nulla diminuito in seguito alla punzione della cisti addominale.

Coll'esame combinato retto vaginale-pareti addominali questo tumore del setto era assolutamente immobile, potevasi delimitare lateralmente, ma superiormente sembrava confondersi coi noduli della parete cistica. La percussione moderata della parte anteriore del ventre fino al bellico dava un suono misto, timpanico al disopra del bellico, ma al disotto del medesimo una forte percus-

sione dava puro suono timpanico non però molto distinto. Posteriormente nella regione costo-iliaca sinistra si ha distinto timpanismo, a destra suono misto, che non cangia di gran che qualunque posizione prende l'ammalata.

Da questo esame parve risultarne abbastanza chiaro primieramente che il tumore del retto resosi invariabile nei suoi rapporti ad onta delle tante modificazioni fatte subire all' addome, doveva essere un tumor solido indipendente dalla cisti ovarica. Non poteva essere un prolungamento della gran cisti con essa comunicante impegnatosi nello spazio del Douglas (1), come alcune volte avviene, per ragioni ovvie ad intendersi.

Un prolungamento non comunicante oppure una cisti indipendente dall'altra, come può pure avvenire (2) non ci parve, primieramente perchè non s' era potuto percepire che una lieve ed incerta elasticità, non fluttuazione; secondariamente il dolore era alquanto maggiore di quello che sogliono produrre le cisti, in terzo luogo poi secondo il Barnes le cisti inclovate nello spazio del Douglas danno ordinariamente luogo ad un po' di prolasso della vagina, nel nostro caso mancante.

La stessa immobilità del tumore parlava piuttosto contro che in favore della cisti. Generalmente in tutte le raccolte incistate nello spazio retto uterino, eccetto in caso d' infiammazione nella regione, all' utero ed al retto in qualche modo si possono imprimere dei movimenti che ne addimostrano la loro indipendenza dalla parete cistica (3); nel nostro caso ciò non era assolutamente possibile; inoltre l'infiltrazione dell'utero e del retto di noduli di cattiva natura parlavano piuttosto in favore di un tumore solido. I disturbi da parte della vescica e del retto, l' antiversione uterina, son fenomeni comuni alle varie specie di tumori nello spazio di Douglas.

L'idea che si trattasse di un ematocele retrouterino ci sorrise per alcun tempo, sia per quel po' di elasticità in esso riscontrata, sia per la stessa sua nodosità, come pure pel lieve dolore che si provocava alla pressione; ma dall'anamnesi remota non ci risultava aver avuto luogo i dolori al basso ventre ed al sacro, nè l'insorgere acuto con brividi di freddo tanto frequenti in detta

(1) Schroeder. *Loc. cit.*
(2) Courty. *Loc. cit.*, pag. 1164.
(3) Barnes. *Loc. cit.*

malattia; neppure si ebbero i prodromali disturbi della mestruazione ed in ispecial modo l'amenorrea. Mancaron pure i sintomi susseguenti alle repentine emorragie interne ed alla peritonite parziale (1). Per queste ed altre ragioni risultanti dal contesto della storia non ci parve di dover conchiudere per l'ematocele retrouterino.

È certo che la puntura esplorativa sarebbe stata nel nostro caso importantissima, ma furon già esposte le ragioni per cui non fu praticata.

Da tutti i sovraesposti esami del tumore addominale risultava evidentemente che s'aveva a fare con tumore rotondo, bernoccoluto, di gran volume, regolarmente circoscritto, poco dolente, poco mobile, alquanto spostabile sotto l'influenza combinata della palpazione e del cambiamento d'attitudine imposto all'ammalata, che tendeva a cadere dal lato il più declive, benchè occupasse più specialmente il lato destro, che si perdeva nel bacino; ben teso e difficile a circoscriversi nelle regioni posteriori, esso respingeva la massa intestinale parte in alto e gran parte posteriormente nella regione costo-iliaca sinistra, insomma con un tumor cistico dell'addome, e meglio con una cisti ovarica, poichè come dice lo Schroeder (2) « riconosciuto che si tratta di una raccolta di liquido incapsulata nel basso ventre, tutto lascia a presumere in favore di una cisti ovarica, poichè tutte le altre raccolte liquide circoscritte son molto più rare. » L'età stessa dell'inferma ed il trovarsi specialmente a destra il tumore parlavano a pro della cisti (3).

Dubitammo per un momento potersi trattare di un carcinoma diffuso del peritoneo, ma i molti già esposti sintomi proprii delle cisti ovariche e l'essere il tumore in avanti ben circoscritto ci tennero fermi nella prima idea. È ben vero che i dolori ventrali, lo stato cachettico, la rapidità dello sviluppo, ed i noduli che distintamente si sentivano nelle pareti sarebbero stati in favore del carcinoma diffuso del peritoneo, ma oltrechè nel nostro caso avemmo quasi sempre mancanza di febbre, i suesposti sintomi son comuni ad un altro stato qual si è la complicazione del carcinoma alla cisti ovarica. Ora l'esame rettale e vaginale ci hanno

---

(1) Schroeder in Ziemssen. *Mal org. sessuali della donna,* 1880, pag. 392.
(2) Schroeder in Ziemssen. *Loc. cit.,* pag. 319.
(3) Schroeder in Ziemssen. *Loc. cit.,* pag. 300.

posto fuori di dubbio l'esistenza d'un carcinoma, i vari esami addominali ci hanno fatto constatare l'esistenza della cisti, quindi era ovvio pensare che il tumore addominale fosse un cistocarcinoma. Ma come abbiamo già detto la parola carcinoma, secondo la intende il Barnes e molti altri autori, è un po' troppo vaga, essa comprende le varie specie di cancri, come pure il sarcoma. Ora questo tumore maligno era esso un cancro oppure un sarcoma?

Riandando l'esposta istoria ci risulta come i dolori non furon mai molto forti e mai lancinanti (ad eccezione della sopradescritta sciatica spiegabile colla compressione del grosso tumore sul nervo omonimo) e come mai si presentarono metrorragie, enteroraggie, od emorragie stomacali, come le glandole inguinali, ad onta dell'avanzato sviluppo a cui già assistevamo, non erano ancora invase dal processo morboso, mentrechè organi sì prossimi ad esse già erano sì vastamente intaccati. Or noi sappiamo come ordinariamente al cancro van uniti, benchè non sempre, forti e lancinanti dolori, e come invece nei sarcomi questi dolori facevan molto più di frequente difetto (1); ugual cosa dicasi per le varie emorragie, e ciò per riguardo alla loro costituzione ed al loro progressivo sviluppo. Entrambe queste neoformazioni fornite di una ricca rete di vasi sanguigni; i cancri però in preponderanza, differiscono nel loro sviluppo: i cancri molto più tendenti alla distruzione dei tessuti ed alla ulcerazione mettono molto presto allo scoperto sulle mucose e sulla pelle la loro rete vasale, cosicchè e per causa a loro intrinseca e per insulti esterni con molta facilità questi vasi vengono distrutti dando luogo in vario modo ad emorragie. I sarcomi invece non avendo tanta tendenza alla distruzione ed ulcerazioni conservano più a lungo la pelle o la mucosa che li ricopre (2). Così pure nei sarcomi soltanto dopo lunga durata e specialmente nei sarcomi molli si tumefanno le glandole corrispondenti. Inoltre dall'esame vaginale fatto collo speculum ne risultò mancare quasi completamente la caratteristica ulcera cancerosa ed a vece di questa esistere delle escoriazioni o lievi ulcerazioni sanguinanti. Ora per le ragioni sopradette ciò porrebbe pure in favore del sarcoma. Ma da detto esame ne risultò pure un altro fatto. Si sa come sia proprietà del can-

---

(1) Bardeleben. *Istituzioni di patologia chirurgica,* 1877, vol. 1°, pag. 487.
(2) Bardeleben. *Loc. cit.*

cro di lasciare dietro di sè delle cicatrici marcatissime, meno marcate sulle mucose che sulla pelle, e come s'ulceri in un dato punto e si cicatrizzi in un altro. Or non fu possibile, benchè ciò attentamente fosse osservato, di riscontrare la menoma traccia di cicatrice. Ed a questo riguardo il Bardeleben osserva come appunto nei tumori sarcomatosi per la loro struttura più semplice e per la mancanza di ogni impalcatura connettivale, manca la cicatrice propria dei tumori cancerosi. Ugualmente per le dette ragioni nel cancro uterino e vaginale abbiamo uno scolo fetente ed icoroso, mentre ciò si incontra in molto minor grado e più più raramente nel sarcoma di detta regione. La nostra inferma mai presentò detti scoli fetenti.

Ci parve pertanto, appoggiandoci ai sovraesposti fatti ed a molte altre piccole particolarità che si rilevano dal contesto della istoria e che sarebbe troppo lungo il voler qui ripetere, di poter diagnosticare che il tumor maligno complicante la cisti ed inquinante i vari organi addominali doveva essere un sarcoma. La rapidità dello sviluppo ed il marcatissimo marasmo non potevansi opporre a detta diagnosi, poichè hanvi alcune specie di sarcomi siccome quelli costituiti quasi completamente da elementi embrionari, i quali per nulla son secondi ai cancri per malignità e per poter diffusivo e per rapidità di sviluppo (1).

Il tumore partito o dal setto utero rettale o dall'ovaja più probabilmente destra e concresciuto colla cisti stessa inquinava, come dall'esame fatto dopo punta la cisti risultava, tutta la sua parete con noduli di varia grandezza; però quelli che prima della puntura erano molto grossi dopo di essa scomparvero più o meno; ciò che dimostrava come la cisti presentasse nelle sue pareti delle gobbe e si potesse dire fino ad un certo punto moltiloculata; però le sue sottodivisioni non dovevano essere complete poichè fu possibile di svuotarla tutta.

Lo stesso piccolo tumore duro e bernoccoluto che tanto si sentiva a destra doveva essere una cisti a pareti molto ispessite o meglio molto infiltrate dal sarcoma, e comunicanti con la gran cisti, poichè dopo della puntura si ridusse a circa la metà del primitivo suo volume.

---

(1) Vedi Bizzozero. *Lezioni di patologia generale*, 1872. — Tommasi-Crudeli. *Lezioni di anatomia patologica.* — Cornil et Ranvier. *Manuel d'histologie pathologique*, 1876.

La gran cisti poi anteriormente non doveva aver contratto aderenze, poichè le pareti addominali liberamente scorrevano su di essa prima della puntura. La parete posteriore invece lasciò dubbii che più o meno ampiamente si fosse resa adesa alle pareti addominali posteriori.

Riguardo alla diffusione del tumore ai vari organi addominali non fu possibile di riscontrare nulla di sicuro; però era molto probabile che egli già inquinasse gran parte di detti organi.

Ed ora ritornando alla nostra inferma osserveremo come dopo la puntura delli 9 ottobre la ferita del trequarti prima saldatasi essendosi poscia riaperta e scolando da essa continuamente liquido e lagnandosi l'Arpellino pel fastidio che le arrecava quel continuo scolo, si applicò alla beante ferita, un serrefines, che la fece risaldare.

Il 19 ottobre per le stesse ragioni si ripetè la paracentesi ritirando 9 chilogrammi di liquido molto più chiaro dei precedenti. La cachessia e l'emaciazione erano giunte ad un grado estremo. L'esame dopo quest' ultima paracentesi ci aveva sollevati dubbi sulla vera esistenza della cisti.

Finalmente alli 27 ottobre dopo tante sofferenze cessò di vivere. Sulla cartella per la relazione di morte spedita all' ufficio dello stato civile dodici ore dopo il decesso scrivemmo: morta per *cirrosi epatica* e per *sarcoma diffuso a tutti gli organi addominali.*

Autopsia.

Eravamo ansiosi di verificare la diagnosi sul cadavere; il caso era troppo interessante ed istruttivo. Compiute le funzioni mortuarie religiose, 30 ore dopo la morte praticammo l' autopsia, in ciò coadiuvati dal distinto ed ottimo nostro amico il Dott. Benigno Roggeri di S. Benigno Canavese.

Il liquido ascitico erasi notevolmente riprodotto. Aperta la cavità addominale con un' ampia spaccatura a croce, ne stravasò una grande quantità di liquido. A prima vista ci si presentò una gran cisti che s'estendeva dall'entrata del bacino allo stomaco e riempiva tutta la parte posteriore della cavità addominale. Ma avendo tentato di smuoverla si riconobbe come essa fosse formata dalle varie lamine del peritoneo fra loro strettamente saldate e ben aderenti alle pareti posteriori addominali in modo da

aver l'aspetto di una vera cisti. Era invece esso un trasudato ascitico saccato. Parte delle intestina stavan dentro alla pseudocisti e parte fuori, ma fra loro aderenti.

Il peritoneo era in ogni sua parte opaco, ispessito ed indurito e gettava briglie che l'univano all' intestino ed agli organi adiacenti. Era tempestato da una miriade di tumoretti che facevano saglienza sulla sua superficie, di varia grossezza da quella di un grano di frumento fino a quello di una noce avellana e presentavano in complesso un aspetto giallognolo granelloso. Il peritoneo diaframmatico era pur esso ingrossato, scabro e sparso di tumoretti di varia grandezza da rassomigliare un cielo stellato. Il grande omento presentava in tutta la sua estensione l' apparenza di un' infiltrazione di adipe, con ramificazione di vasi ed innumerevoli granelli di varia grossezza, e tumoretti irregolarmente sparsi, di forma più o meno granulare, alcuni di colore oscuro rossiccio, molti altri invece bianco sporchi. Il mesenterio presentava quasi ugual aspetto dell'omento, ma v' erano in esso masse più grosse e più irregolarmente formate. Tagliate nel mezzo queste escrescenze si trovavano alcune d'una consistenza quasi fibrosa, altre di consistenza encefaloidee e di vario colore, rosso, giallo, grigio, con leggera ma evidente vascolarità.

V'erano alcune ghiandole mesenteriche leggermente ipertrofiche, ma questo era l'unico segno di malattia glandolare che si potesse discoprire.

La superfice dell' intestino era chiazzata di minuti granuletti, non però così numerosi come nelle altre parti. Quasi tutti questi tumoretti erano sessili, alcuni peró erano più o meno peduncolati.

I vasi peritoneali erano molto più numerosi e distinti dov'era maggior quantità di deposito morboso.

L' involucro peritoneale del fegato era spesso, opaco e qua e là sparso di piccoli nodetti. Il legamento gastro-epatico era infiltrato da una grossa massa di nodetti in modo da renderlo di consistenza quasi fibro-cartilaginea.

Tutte le altre porzioni del peritoneo, legamenti, involucri, ecc. eran tutte più o meno invase dalla medesima degenerazione.

Il fegato era difficile ad essere rimosso di sito per le molte aderenze che il suo involucro aveva contratte cogli organi circostanti; detto involucro era opaco e tutto infiltrato di noduletti. Il fegato nel suo volume era alquanto diminuito; era al taglio

alquanto resistente e scricchiolante e dava una superficie netta un po' lucente, di color bianco-sporco-giallognolo. La cirrosi pertanto non era ancor arrivata al suo ultimo stadio, ma era abbastanza ben caratterizzata. Rari noduli infiltravano il fegato.

La milza era di consistenza e di grandezza quasi normale; non si potè constatare l'esistenza di alcun nodulo nella sua tessitura.

Le capsule surrenali eran pur esse sane.

Il ventricolo aveva le sue pareti alquanto ispessite ed infiltrate da molti noduli specialmente alla piccola curvatura ed intaccanti tutte le tuniche.

Il duodeno ed il colon presentano pur essi qua e là qualche nodulo. Essi, come pure tutto il resto del tratto intestinale, eran in vario modo fra loro uniti per mezzo di resistenti lacinie che in certi punti formavano dei grossi ed intricatissimi gomitoli.

Nell'S iliaca e nel retto i noduli eran molto più numerosi ed in certi punti raggiungevano la grossezza di piccole nocciole. Si vedevan distinti alcuni punti cicatriziali.

Il rene sinistro era normale, il destro alquanto ingrandito e ben esaminato presentava due noduletti nella parte superiore della sostanza corticale.

Il legamento dell'ovaio sinistro ed il legamento peritoneale sottoposto eran infiltrati abbondantemente da noduli in modo da formare presso il legamento dell'ovaio un tumore retto, appiattito e rotondeggiante, largo come un pezzo da 5 centesimi.

L'ovaio sinistro era lungo cent. 4. 5, alto 2. 5, spesso 1. 8; esso aveva aspetto sano e non presentava noduli, solo qualche piccola cisti, fra cui una alla parte posteriore ed una all'anteriore grosse come un pisello (follicoli di Graaf molto sviluppati e scoppiati). Il legamento della tromba a sinistra ed il corrispondente legamento largo eran pure infiltrati di noduli, in questo punto tutti i tessuti eran molto ispessiti e fra loro adesi.

L'ovaio destro (non avuto riguardo alle cisti) era lungo centimetri 6. 3, alto 7, spesso 2. 8, epperciò ingrossato: si presentava molle ed invaso da molti noduli piccoli come grani di sabbia, ed aveva l'aspetto del tessuto dell'encefalo, un po' rossigno, molto vascolarizzato; presentava qua e là molte cisti grosse come nocciole, le cui pareti eran infiltrate da noduli e contenevano un liquido sieroso sanguinolento; una poi grande come una grossa noce alla parte superiore dell'estremità uterina, ripiena anch'essa

di siero sanguinolento e le cui pareti interne infiltrate da qualche raro nodulo e liscie presentavano delle lacinie che la suddividevano più o meno completamente.

Un'altra cisti grande come un grosso arancio si distaccava dal bordo inferiore ovarico destro, con pareti spesse e resistenti infiltrate da qualche nodulo: conteneva una sostanza di consistenza cremosa e di color sanguigno oscuro. Questa cisti era situata nello spazio retto uterino del Duglas, ma così strettamente incastrata e con pareti così tese che dava al primo contatto la sensazione d'un tumore duro. Per estrarla senza pungerla si dovette prima esportare l'utero. Non presentava nè con questo nè col retto aderenze di sorta.

L'utero poi era largo c. 5 a livello delle trombe faloppiane, alto 7, spesso 2. 5: esso si presentava allo stato normale, ad eccezione di qualche nodulo sparso qua e là; la sua mucosa era sana, il collo alquanto indurato e beante, sull' orificio esterno e sulla vicina parete vaginale esisteva qualche lieve ulcerazione e qualche nodulo; sul fondo cieco utero-cistico si rinvenne una cisti sierosa grossa come una nocciola, con parete superiore sottilissima e quelle aderenti alla vescica ed all'utero sparse di noduli; e noduli sparsi si incontrarono pure nella parete vescicale posteriore.

L'utero era in forte antiversione e comprimeva ed appiattiva la vescica urinaria. La parete anteriore della vagina (vescico-vaginale) era molto ispessita ed inquinata di radi noduli; la parete posteriore (retto-vaginale) poco ingrossata in basso e non contenente noduli era invece in alto presso il collo uterino molto spessa e dura e presentava a sinistra (nel fondo cieco vaginale) un tumore, fomato distintamente di molti noduli riuniti, grosso come una piccola noce.

Riguardo agli organi toracici, i polmoni, ad eccezione di un po' di catarro diffuso e di due noduletti nel lobo inferiore destro, eran sani. Le pleure un po' opache incominciavano ad infiltrarsi di qualche nodulo.

Il pericardio pur esso conteneva qualche nodulo con lieve raccolta liquida nel suo interno. Normale il cuore.

Da questo reperto anatomico trovammo confermata in parte la diagnosi fatta prima della morte. Però desiderando meglio accertata la natura della degenerazione peritoneale, intestinale ed ovarica, inviammo vari pezzi del tumore all'illustrissimo Professore Giulio Bizzozero, pregandolo a volerli esaminare al mi-

croscopio. Con squisita gentilezza e prontezza, per cui gli dobbiamo pubbliche grazie, ci fece inviare la seguente lettera:

5 febbraio 1881.

Stimatissimo Collega Dott. E Musso.

Dal Laboratorio di Patologia Generale di Torino.

Per incarico dell'egregio Prof. G. Bizzozero mi pregio di riferirle che l'esame del tumore da lei portato al Laboratorio ha dimostrato trattarsi di un sarcoma infiltrante a grandi cellule rotonde. Nel pezzo di intestino annesso al tumore, dove esiste un ispessimento notevole della parete intestinale si trovò una forte infiltrazione di cellule del sarcoma, ed in un punto si trovò un vero nodo sarcomatoso.

Ecco quanto riguarda la diagnosi anatomica del tumore.

Coi sensi della più alta stima mi professo

Devotissimo Collega

D. Bajardi.

Se giusta pertanto, come si vede, fu la diagnosi sulla qualità del tumore, poichè l'autorità e la grande competenza del Professore Bizzozero e dell'egregio Dott. Baiardi in detta materia non ci permette dubbio alcuno sulla diagnosi microscopica del tumore, non al pari esatto fu il nostro modo di vedere per riguardo alla raccolta liquida addominale.

Non parliamo dell'ascite poichè questa era molto facile il verificarla; intendiamo piuttosto discorrere della raccolta liquida incistidata, da noi diagnosticata cisti ovarica e che in realtà invece era una raccolta liquida incapsulata dal peritoneo e complicata da sarcoma di detto organo. Or era egli possibile ovviare questo errore con un più attento esame.

Per non ripetere tutti i sintomi sì dell'una come dell'altra malattia, osserveremo come la forma speciale a cupola del ventre, la precisa delimitazione anteriore del tumore, la sua poca mobilità, l'indipendenza assoluta del tumore dalle pareti addominali anteriori, la sua recisa delimitazione al disopra del bellico da raffigurare quasi la forma dell' utero in gravidanza novimestre, il suo perdersi nello scavo del bacino, la lieve fluttuazione e la tensione che presentava nel palparlo, i reperti tutti della percussione, il sentirsi maggiormente a destra, cosa comunissima nelle

cisti ovariche, l'essere la donna maritata e fra i 30 ed i 40 anni (1), sintomi tutti questi caratteristici delle cisti ovariche, e l'essere quest'ultima malattia per rapporto alla prima di gran lunga più frequente (2), ci fecero convincere che in questo caso di cisti e non di degenerazione peritoneale si trattasse.

Ma se coll'occhio del postumo reperto anatomico noi andiamo vagliando i vari sintomi dall'Arpellino presentati in vita, forse troveremmo qualche cosa che pur parla in favore della degenerazione.

E primieramente la rapidità dello sviluppo della malattia che ci indirizzò a ben diagnosticare sulla malignità del tumore ci avrebbe pur anche dovuto far sospettare la riscontrata degenerazione peritoneale, ma osserveremo al proposito come pure le cisti, in ispecial modo quando sono complicate a qualche tumore maligno, possono accrescersi alle volte rapidamente (3). Lo stesso aspetto cachettico dell'ammalata in questo specialissimo nostro caso non potè esserci di guida, poichè, a parte la più volte citata e sospettata complicazione sarcomatosa, una semplice cisti purchè abbia assunto nn grande e rapido sviluppo, può dar luogo a un grave deperimento dell'inferma (4), ed invero a noi a primo aspetto parve di riscontrare nell'Arpellino quel complesso di caratteri che lo Spencer Wells credette di poter attribuire alle persone affette da una grande cisti ovarica. E se si esaminan bene i tratti della *faccia ovarica* e della cachessia cancerosa si scorge come fra loro molto si rassomigliano ove se ne tolga lo speciale color giallo terreo della cachessia cancerosa, il quale ove non sia ben marcato può facilmente confondersi col color olivastro bronzeo della faccia ovarica.

Se poi volgiamo il pensiero ai numerosi noduli a più riprese esaminati e riscontrati nelle pareti della supposta cisti ci domandiamo se questi non ci avrebbero dovuto mettere sulla buona via per riconoscere la reale natura dell'affezione. Ed infatti il Merlin (5) a questo riguardo così si esprime: « Esso (sarcoma, cancro del peritoneo) prende vari aspetti: or si rimarca una spe-

---

(1) Courty. *Loc. cit.*, pag. 1159-60.
(2) Schroeder: *Loc. cit.*, pag. 319.
(3) Courty. *Loc. cit.*, pag. 1161-63.
(4) Courty. *Loc. cit.*
(5) Jaccoud. *Nouveau Dictionnaire de Méd.* — artic. Periton.

cie di infiltrazione di granulazioni arrotondite, disseminate sopra una grande estensione, ora queste son delle masse marronate, multiple, ma isolate, ma può anche essere un tumore unico e grosso. Si complica quasi sempre di ascite più o meno abbondante ora a liquido sieroso, più sovente a liquido rosso emorragico. Sopra le parti del peritoneo che non sono invase dal neoplasma si riscontra traccie di peritonite cronica, parziale o generalizzata, caratterizzata dalla presenza di false membrane... La percussione può anche rendere qualche servizio. La tumefazione e l' induramento dei gangli inguinali costituiscono alle volte un ottimo mezzo diagnostico. »

Questa descrizione della degenerazione sarcomatosa del peritoneo che par sì chiara messa a confronto coi reperti del nostro caso, senza l' infallibile occhio anatomico, non rischiara gran fatto i nostri imbarazzi. Poichè la palpazione di noduli duri, marronati, sparsi non si riscontra solamente nella degenerazione sarcomatosa o cancerosa peritoneale, ma pur anche nei cistomi ovarici, irregolari, moltiloculari, accompagnati da abbondante ascite; perciò appunto lo Schroeder (1) parlando del cistoma ovarico multiplo con ascite dice che « frammezzo al liquido raccolto nell'addome si sentono dei tumori nodosi che si spostano facilmente e ricordano il modo di comportarsi delle piccole parti fetali nell'amnios o dei nodi cancerosi in un'ascite saccata. »

Nel nostro caso a destra specialmente il tumore si comportava appunto in questo modo.

La percussione istessa servì piuttosto ad ingannarci che a dilucidarci. I sintomi che essa fornì son tutti proprii delle cisti ovariche, e se alle volte nelle idropisie incistidate noi riscontriamo pure ottusità alla parte anteriore e timpanismo posteriormente nelle regioni costo-iliache, ciò però avviene di rado o per aderenze degli intestini alla parte posteriore o per la brevità del suo mesentere. Nelle diverse posizioni fatte prendere all'ammalata i caratteri della percussione cangiarono di ben poca cosa, ciò che è appunto proprio dei cistomi ovarici.

Mancava appunto nel nostro caso la tumefazione e l'induramento dei gangli inguinali, l'edema un po' marcato della cute del basso ventre e nelle estremità inferiori non si presentò che molto tardi.

---

(1) Schroeder. *Loc. cit.*, pag. 324.

Or questi eran tutti sintomi che non ci avrebbero potuto far propendere per la degenerazione.

Non parliamo dei dolori poichè questi non furon mai lancinanti e gravativi, però già abbiamo veduto come essi anche nel cancro possono mancare.

Forse se si fosse tenuto maggior conto della distanza riscontrata fra le pareti addominali e la parete della supposta cisti, non si sarebbe tanto persistito nella preconcetta idea della cisti. Ed invero è noto come in generale la parete anteriore delle cisti ovariche venga a porsi a poca distanza dalla parete anteriore addominale, e come le idropisie incistidate complicate ad ascite si tengon alquanto più in distanza (1). Il Barnes riportando un caso quasi simile al nostro per difficoltà di diagnosi nota appunto come uno dei pochi sintomi che gli apersero la via al giusto diagnostico, fu questa distanza « poichè io ho dovuto, scrive, spingere il trequarti molto più avanti di quel che sia necessario ordinariamente per le cisti ovariche, le quali son molto vicine alla parete addominale. » Ma si noti che il Barnes, alla diagnosi di idropisia incistidata per causa di peritonite dal Clapton e dal Mister Lichtfield de Tewickenham diagnosticata cisti-ovarica, fu tratto oltre al suesposto sintomo anche dalla rapidità di accrescimento del tumore, dal forte dolore, dalla posizione distintamente laterale che esso oocupava, da un singolare spessore e da un empâtement di qualche punto delle sue pareti e più che tutto dalla rilevante febbre ch'esso aveva causato. Ma a noi buona parte di questi sintomi mancavano. Nè per la nostra diagnosi eravamo senza buone ragioni per spiegarci questa distanza fra la cisti e la parete addominale anteriore. Benchè la riscontrata indipendenza della parete addominale anteriore ci persuadesse che niuna aderenza esistesse anteriormente colla cisti, però la poca mobilità sua anche nei cambiamenti di posizione dell'ammalata, i vari reperti stessi della percussione che denotavano la poca mobilità dell'intestino gracile, l'essere il tumore complicante di natura maligna e quindi molto propenso a contrarre aderenze (2), ci resero persuasi che posteriormente queste aderenze dovevano esistere abbastanza estese.

Or esistendo esse ed il tumore essendo molto voluminoso e

---

(1) Barnes. *Loc. cit.*, pag. 309.
(2) Barnes. *Loc. cit.*, pag, 311.

perciò per sè stesso poco mobile, queste aderenze non essendo stiracchiate, dovevano essere molto brevi, per cui il tumore era naturalmente rattenuto nelle parti posteriori e quindi alquanto distante dalla parete addominale. Si noti però che questa distanza un po' sentita si riscontrava solo a sinistra, benchè il tumore occupasse tutta la cavità addominale. L'abbondante ascite di complicazione ci spiegava poi benissimo come il tumore, nato specialmente a destra, a destra si fosse maggiormente sviluppato ed avesse contratto maggiori aderenze; per cui il liquido ascitico pur dovendo occupare qualche luogo nella cavità addominale e non potendo smuovere il tumore da destra, si dovette raccogliere in maggiore quantità a sinistra, comprimendo alquanto il tumore e discostandolo maggiormente da questo lato dalle pareti addominali.

È pur da notare come nelle idropisie incistidate i limiti sieno molto più diffusi e quindi non si possano ben palpare, ciò che nel nostro caso per nulla avvenne.

Come abbiam visto l'esame chimico del liquido estratto dalla supposta cisti non ci diede un risultato netto e preciso, ciò che di rado avviene. Il color del liquido, la sua densità, il suo peso specifico, la natura del suo coagulo depositato, dopo 24 ore di riposo all'aria, parlano in favore di liquido cistico, la natura dell'albumina invece ci lascia perplessi. Avvi albumina, ma avvi pure, benchè in piccola quantità, paralbumina e matalbumina.

Se pertanto noi colla guida dell'autopsia possiamo riandando i vari sintomi farne una severa critica per derivare qualche punto in appoggio della degenerazione sarcomatosa, pur tuttavia la gran maggioranza di detti sintomi ci parla sempre in favore della cisti ovarica con sarcoma.

E la difficoltà di siffatta diagnosi in vita non è a noi soli che si sia presentata, poichè gli autori son concordi nel dichiarare che più volte da eccellenti chirurghi si è aperto il ventre credendo trovarvi una cisti ovarica, ed invece si scoperse od una idropisia encistica, od un tumore di qualche organo addominale.

A questo riguardo il Courty (1) così si esprime: « Vi sono tumori addominali il cui diagnostico è difficilissimo, e può mettere in difetto l'abilità dei pratici i più esercitati, tanto più se questi sono tumori fiuttuanti, peritoniti incistate (2), cisti analoghe alle

---

(1) Courty. *Loc. cit.*, pag. 1169.

(2) Puistienne. *Remarques et observations sur quelques tumeurs enkystées pelviennes ou abdominales chez la femme*, pag. 82. Paris 1867.

cisti areolari, gelatiniformi dell'ovaia, cisti idatiche; come pure tumori dell'epiploon sono stati presi per cisti dell'ovaia (1). » E più nettamente ancora O. Spiegelberg (2) scrive: « I tumori dell'epiploon e della sierosa in generale possono essere scambiati solo allorquando sono così voluminosi da estendersi fino all'entrata della pelvi, o financo in essa; e specialmente allorquando fra le singole divisioni di esso tumore si è raccolto un liquido peritoneale, e si è incapsulato a forma di cisti, siccome si è osservato avvenire nei sarcomi linfatici e nei carcinomi dell'epiploon, dell'intestino e del suo mesentere. La somiglianza coi cistomi multiloculari può trarre in inganno, poichè simili neoformazioni, come le ovariche, sono in generale situate alla parete anteriore dell'addome, non fluttuano distintamente, e talora in un secondo tempo acquistano aderenze colla matrice e financo coll'ovaio, mentre nella loro superficie superiore ed inferiore posson far sentire la risonanza intestinale. Un tale sarcoma mesenterico e retroperitoneale, che da tutti gli osservatori fu ritenuto per cistoma ovarico è stato da me descritto nel mio *Archivio*, vol. 3º, pag. 277, ed inoltre nella stessa guisa altre due volte da me veduto. » Anche lo Schroeder nota come in molti casi sia quasi impossibile la diagnosi senza la punzione ed il consecutivo esame non solo chimico, ma quel che più importa microscopico del liquido estratto.

Dalla punzione adunque si avranno sempre schiarimenti allorchè si può ottenere il liquido. Abbiam già visto come l'esame chimico ci abbia dato un reperto equivoco; l'esame microscopico, come più sopra si disse, non si potè avere. Certo si è che ove una precisa diagnosi sia assolutamente necessaria e di grande importanza terapeutica, non si debba mai omettere quest'esame microscopico del liquido; imperocchè già vari casi simili al nostro vennero pubblicati da accreditati autori, come i tre casi di Routh (3) e quello di Lücke e Klebs (4), nei quali altrimenti sarebbe stato impossibile una esatta diagnosi.

Questo stesso esame potrebbe benissimo certe volte riuscire a dilucidare anche la natura intrinseca del tumore e la sua sede

---

(1) Cruveilhier. *Anat. pathol. générale.* V. 131.
(2) O. Spiegelberg. *Loc. cit.*, pag. 25.
(3) Routh. *Obst. J. of Great Brit.* April 1874, pag. 13.
(4) *Virchow's Archiv.* Vol. 41, pag. 8.

principale; poichè ove dal microscopio ci venga dimostrato esistere nel liquido esaminato elementi connettivali embrionari, quali sono appunto gli elementi caratteristici del sarcoma (1), invece che elementi epiteliali od elementi proprii del cancro, noi avremmo un potente argomento per deciderci piuttosto per l'una che non per l'altra affezione. Così pure ove l'esame chimico non ci scopra nel liquido estratto i componenti proprii delle cisti (albumina, paralbumina, metalbumina, mucina, ecc.) e l'esame microscopico ci accerti l'esistenza di elementi linfatici, noi non solo potremmo escludere l'esistenza del cistoma, ma pur anche la complicazione d'un tumor maligno colla cisti, ed invece esser quasi certi di una degenerazione di cattiva natura del peritoneo.

Riguardo alla diffusione sua in alcuni casi, come nel nostro, la medesima è così grande che è difficile l'accertare a quali visceri siasi realmente propagato, e d'onde esso abbia primieramente tratto la sua origine. I disturbi che si riscontrano in vita son il più delle volte apportati dalla compressione meccanica del tumore e dagli impedimenti alle funzioni dei vari organi, che non dall'inquinamento dell'organo stesso pel tumore. Noi infatti nell'Arpellino avevam riscontrato disordini molto marcati da parte della vescica e del ventricolo e dei polmoni, mentrechè l'autopsia in essi non ci ha addimostrato quella gran lesione che si era in diritto di sospettare. L'intestino, ed il retto in ispecial modo, le ovaie, il peritoneo ed il collo dell'utero che tanto erano infetti, ci presentarono in vita fenomeni relativamente molto meno marcati. Per cui se noi vogliam ricercare d'onde questo tumore primieramente si sia originato, dobbiamo in primo luogo escludere le glandole linfatiche, sia le mesenteriche che le pelviche e le inguinali, poichè in esse lievi erano le alterazioni e queste piuttosto secondarie: oltre di ciò il sarcoma dei gangli linfatici, salvo una specie che è stata designata da Billroth sotto il nome di adeno sarcoma e che pare essere una varietà di carcinoma, è abitualmente un prodotto secondario; esso è molto più raro che il carcinoma e l'epitelioma, e questo facilmente si spiega col diverso modo di propagazione di queste varie specie di tumori, propagandosi l'epitelioma ed il carcinoma sopratutto per

---

(1) Cornil et Ranvier. *Loc. cit.*, e Tommasi-Crudeli. *Loc. cit.*

la via dei linfatici, ed il sarcoma per quella del sistema sanguigno (Cornil e Ranvier).

Non parliamo del polmone, sia perchè in esso non è stato riscontrato che qualche lieve nodulo, sia pure perchè in esso il sarcoma non è stato vistò che secondario; ugual cosa dicasi del rene, della milza, del fegato e del corpo dell' utero. Riguardo al collo dell'utero ed alla vagina, benchè l'infiltrazione in essi fosse maggiormente diffusa, pur tuttavia non si può ritenere per primitivo il tumore, sia perchè detti organi avrebbero dovuto essere molto più ipertrofici, sia perchè i sintomi da parte loro furono troppo tardivi e lievi, e sia pure perchè in essi il sarcoma primitivo è rarissimo (Schroeder).

Ci resta ancora da esaminare l' apparato digerente, l'ovario e le sierose delle due grandi cavità, toracica ed addominale, poichè questi visceri eran quelli che maggiormente furon colpiti dal tumore.

Lo stomaco che come si disse portava noduli di varia grossezza in ispecial modo sulla piccola curvatura, potrebbe essere sospettato come il punto di origine del sarcoma, tanto più che i disturbi digestivi si annoverano fra i più precoci sintomi dell'affezione. Il Virchow segnala pur esso un caso, molto consimile al nostro, di sarcoma primitivo dello stomaco, posto alla piccola curvatura, intaccante tutte le pareti e complicato pure ad un sarcoma dell' ovario e del peritoneo. Ma l'Arpellino nel mentre lagnavasi nei primordi della malattia di disturbi digestivi, accusava già qualche lieve dolore al basso ventre con senso di peso nel bacino, ciò che ci fa presumure che l'affezione già tormentasse quelle parti: inoltre il Ranvier ed il Cornil ci affermano come il sarcoma primitivo dello stomaco sia molto raro (1). Ciò che è interessante nel nostro caso si è che il sarcoma infettava pure l' intestino, cosa che i prelodati autori dichiarano di non aver mai visto nè primitivamente nè secondariamente (2), benchè ne esistano alcuni casi molto rari riferiti da Rokitansky, da Vix ed altri. Pur tuttavia quantunque il tumore fosse abbastanza diffuso nel canal digerente, non sapremmo come deciderci ad accettarlo per primitivo, poichè in simili casi ne son pure infette le glandole mesenteriche.

---

(1) Cornil et Ranvier. *Loc. cit.*, pag. 794.
(2) Cornil et Ranvier. *Loc. cit.*, pag. 860.

Dell'ovario sinistro non parliamo, essendo egli normale; l'ovario destro invece ci presenta anche ad occhio nudo i caratteri del sarcoma encefaloide; però in grandezza non misura che il doppio del normale. È proprio del sarcoma dell'ovario di complicarsi a cisti e di aver un decorso piuttosto rapido con prognosi infausta (1). Più casi di sarcomi ovarici sono stati presentati durante questi ultimi anni alla Società Anatomica Francese, di volume molto variabili; ora l'ovario è in essi molto ingrossato, ora poco. In una osservazione di M. Villard (2) il tumore, come nel nostro caso, era costituito da un sarcoma embrionario con cisti sanguigna. Però ad ogni modo il sarcoma dell'ovario è sempre raro e per lo più affetta la varietà a cellule fusiformi da ambi i lati (Schroeder).

Quantunque il volume dell'ovario non sia molto grande in questo caso, tuttavia siccome il sarcoma a grandi cellule rotonde infettanti (come le denomina il Bizzozero) è fra i sarcomi il più grave e quello che si generalizza più comunemente e rapidamente ad un gran numero di organi. Così non ci sorprenderebbe che il medesimo avesse avuto sua prima origine nel detto ovario per poi propagarsi alle varie parti del peritoneo e delle altre sierose.

Se l'opinione che un sarcoma possa diffondersi secondariamente alle sierose non ha mai incontrato un gran numero di oppositori, quella invece che il medesimo vi possa nascere primitivamente fu molto osteggiata. — Pochi autori parlano del sarcoma primitivo delle sierose e specialmente del peritoneo, e gli stessi Cornil et Ranvier lo dichiarano rarissimo e non se ne occupano (3). Però il Merlin (4) scrive che « l'origine primaria del sarcoma del peritoneo è stato contestato da alcuni autori, che considerano i neoplasmi peritoneali come delle affezioni secondarie dovute all'invasione della sierosa per la malattia dell'organo che essa ricopre; egli è sovente così specialmente nel foglietto viscerale. Ma se si considera che entra nella composizione del foglietto parietale e dei diversi ripieghi della sierosa peritoneale uno stroma connettivo, non ripugna nullameno di

---

(1) Schroeder. *Loc. cit.*, pag. 366.
(2) *Soc. Anat.*, 1870, pag. 195.
(3) Cornil e Ranvier. *Loc. cit.*, pag. 471-965.
(4) Jaccoud. *Loc. cit.*

ammettere che questo tessuto possa essere là come altrove la sede ed il punto di partenza di un lavoro neoplastico. Ciò che conferma del resto questa maniera di vedere si è che i neoplasmi peritoneali propriamente detti si sviluppano principalmente nell'epiploon e nel mesentere. »

Nell'Arpellino esso si era così diffusamente esteso in sì poco tempo a tutte le parti della sierosa addominale non solo, ma pur anche alla pleura ed al pericardio che ci fa sospettare ad una diatesi sarcomatosa nel sistema delle sierose. È certo però che ci par più logico, visto il mediocre sviluppo assunto dall' unico ovario affetto, di ammettere che l'affezione siasi dipartita dalla sierosa per propagarsi agli altri organi. Imperocchè incontriamo un po' di difficoltà ad ammettere che un tumore sì facilmente diffusibile per sua natura istessa, come il nostro, dipartitosi dall'ovario e così grandemente propagatosi nelle sierose e nel canal digerente, siasi nella sua origine istessa, sia nell'organo che nella parete della cisti, tenuto in sì modesti limiti.

In ultima analisi pertanto il tumore si può ammettere essersi originato o nel canal digerente e più specialmente nello stomaco o nell'ovaio destro, o meglio, a nostro parere, nel peritoneo.

Non aggiungiamo nulla sulla natura intrinseca del tumore, primieramente perchè sia i caratteri presentati in vita, sia quelli ricavati dall'autopsia parlano molto in favore del sarcoma, e secondariamente, poichè soventi volte a distintissimi osservatori è occorso di confondere il cancro encefaloide col sarcoma encefaloide (1), la diagnosi microscopica del Prof. Bizzozero, per l'autorità del nome è troppo superiore a qualsiasi sospetto e critica.

Ci si permetta ancora due parole sulla eziologia del tumore. Non c'impegneremo nella intricatissima ed oscura questione della causa prossima dello sviluppo di detto tumore. Le cause le crediamo molteplici e troppo difficili a ben determinarle. Invece noi ci occupammo con speciale insistenza a verificare se alcun che di ereditario esistesse nel nostro caso. Ecco quanto potemmo precisare dopo lunghe e ripetute investigazioni. Una zia materna dell'Arpellino morì per cancro nei 55 anni, ed un'altra zia pur essa materna che è viva tuttora sofferse di ascite per molto tempo e le venne praticata più volte la paracentesi (l'ultima delle quali 10 anni fa); non fu però possibile, per quante domande

(1) Cornil et Ranvier. *Loc. cit.*, pag. 122.

siansi fatte, di poter scoprire alcun che sulla causa prima di detta ascite. Una figlia di detta ultima zia morì nel corso del 1881 per tubercolosi laringo-polmonare. Un fratello dell'Arpellino di anni 56 morì nel novembre 1881 per tumor maligno retto intestinale, ma non essendo stata permessa l'autopsia e non avendolo mai potuto visitare che negli ultimi giorni di sua vita, non fu possibile precisare la diagnosi. Queste ultime notizie che certo ci avrebbero apportato gran luce nella interpretazione di quanto si osservò nell'Arpellino non vennero a nostra cognizione, come si disse, che in seguito a molte e persistenti ricerche dopo il decesso dell'inferma.

Ed or ci si voglia scusare se fummo un po' troppo prolissi e se facemmo un po' troppo sfoggio di citazioni; ma la natura peculiare del caso, a nostro parere, domandava ampia dilucidazione e non ammetteva che troppo deducessimo appoggiandoci alla sola ed esigua nostra autorità, ma esigeva che spesso giurassimo in *verba magistri.*

CONTRIBUTO
ALLA DIAGNOSI DELLE MOSTRUOSITÀ DEL FETO
ed alla eziologia dell'Idramios

del Prof. G. CALDERINI

La diagnosi delle mostruosità del feto presenta difficoltà grandi anche quando la donna è in travaglio, e sono accessibili parti fetali alla esplorazione, grandissime durante la gravidanza. *Io credo che si possa ammettere la probabile esistenza di un feto mostruoso quando esiste l'idramios.* Lo scolo di acque abbondanti nei parti di feti mostruosi fu notato da molti, ma parmi che finora non siasi valutata l'importanza dell'idramios pel diagnostico delle mostruosità fetali, poichè chi scrive o parla dell'idramios sotto l'aspetto clinico, suole ricordare come possibili evenienze: il parto prematuro, la debolezza delle contrazioni, l'emorragia per distacco parziale della placenta appena scolate le acque, per la grande riduzione della superficie uterina, le situazioni anormali del feto, le procidenze di arti o del cordone, il volume della placenta che unito alla debolezza di contrazioni spiega la difficoltà del secondamento e la facilità delle emorragie del terzo periodo del parto e delle prime ore di puerperio, la picciolezza del feto per immaturità e fors'anco per disturbata nutrizione, ma *non avvisa della probabile esistenza di una mostruosità del feto.*

La mia attenzione fu fissata su questo argomento da due casi di idramios da me studiati in questo Istituto e stati diagnosticati durante la gravidanza, nei quali avvenne il parto di due feti mostruosi appartenenti alla stessa famiglia di mostruosità.

In un caso venne alla luce un anencefalo che morì durante il

travaglio per rottura del tumore idrocefalico di cui non si trovò più traccia; nell'altro caso un idroencefalocele, attraverso al foro occipitale molto allargato, ed idromeningocele cervico-dorsale; anche questo mostro morì durante il travaglio per rottura del tumore, le cui pareti accasciate si vedevano ancora, perchè meno sottili, insieme a resti del cervello e del midollo spinale. Del primo feto si sentì distinto il battito cardiaco (144 per minuto); quello del secondo si trovò con difficoltà e si sentì in modo indistinto. Entrambi maschi, entrambi immaturi, entrambi partoriti per l'estremità podalica con scolo di abbondante liquido amniotico.

Nel diagnostico dell'idramios fu escluso che si trattasse di acque solamente abbondanti, nel quale caso l'utero non è soverchiamente teso ed il feto è bene sviluppato, e si tenne conto della straordinaria tensione dell'utero e del ventre, della difficoltà di sentire le parti fetali ed il battito cardiaco, dell'alto livello del fondo dell'utero e della grande circonferenza ombelicale sproporzionata al periodo raggiunto dalla gravidanza, dei disturbi del circolo materno e delle sofferenze conseguenti alla distensione uterina, e più tardi del dichiararsi delle contrazioni innanzitempo e della loro irregolarità, del facile scomparire del collo e *della forma allungata e conica della cervice dell'utero molto elastica e non distesa da parti fetali.* In un caso, facendo scorrere la pelle del ventre dal basso in alto colla mano applicata a piatto, si provava la sensazione dello schiacciamento di una palla di neve, fenomeno prodotto forse o dai globetti di grasso o dai fasci di connettivo ammassati dall'edema sottocutaneo.

In entrambi i casi non ho nemmeno sospettata l'esistenza di mostruosità del feto, ma dopo il secondo caso che fu argomento di clinica cogli studenti e che fu oggetto di conferenza scientifica coi colleghi, mi proposi di valermi dell'esperienza acquistata per ricordare in avvenire in tutti i casi di idramios la probabile coesistenza di mostruosità fetali.

Non tardò l'occasione a presentarsi favorevole. Infatti, mentre i due casi suesposti li raccolsi nel periodo di nove anni in mezzo ad un migliajo di parti, l'ultimo dei quali fu studiato nel dicembre 1881, il terzo si presentò nel febbrajo corrente, e credo convenga ricordarlo in breve.

N. N., N.° 7904, primipara, d'anni 18, entrò nell'Istituto addì 12 febbrajo 1882; presentava una tinta leggermente idroemica.

Raccontò avere avute sofferenze addominali in tutto il corso della gravidanza. Dall'ultima mestruazione erano passati solo 204 giorni, perciò circa sette mesi; il ventre si presentava teso assai, la circonferenza ombelicale dava 95 ctm.; il fondo dell'utero giungeva alla linea sopraombelicale come in gravidanza di otto mesi; il battito cardiaco si sentiva a sinistra non tanto distinto; non si sentivano bene le parti fetali. Il dì seguente si dichiararono contrazioni uterine, si diagnosticò: idramios e minaccia di parto prematuro; alle ore otto e mezza pom. il battito cardiaco fu ancora sentito; alle dieci non si percepiva più; si diagnosticò la probabile morte del feto e la *probabile mostruosità del medesimo.* Le contrazioni erano irregolari per debolezza; il collo era scomparso, la regione cervicale aveva forma di grosso cono elastico, l'orifizio esterno premeva la parete posteriore della vagina contro al perineo. Alle ore cinque e mezza ant. del giorno susseguente (14 febbraio) si ruppero le membrane a dilatazione completa, e mentre prima colla esplorazione non si erano mai potute toccare le parti fetali, si trovò la presentazione podalica completa in prima posizione (il battito si era sentito a sinistra) complicata da procidenza di una mano; il feto appariva piccolo. Per tutti questi dati si accrebbe la probabilità che il feto fosse mostruoso. Lo scolo abbondante delle acque fu susseguito da emorragia per distacco parziale della placenta, essendosi il volume dell'utero ridotto straordinariamente. Ripetendosi l'emorragia, fu estratto il feto, che apparve tosto mostruoso e appartenente alla famiglia dei due predecessori: idroencefalocele ed idromielomeningocele per tutta la lunghezza del midollo spinale. Mancavano affatto gli integumenti del midollo che dovevano essere sottilissimi ed il midollo era spaccato in tutta la sua lunghezza, perciò ridotto ad un nastro rimasto allo scoperto; mancava la teca craniana ed al posto del cervello vi era un bitorzolo a tre lobi. Sesso femmineo.

La morte di questo feto avvenne probabilmente otto ore prima della espulsione; il cadavere era fresco, senza alcun segno di macerazione; la morte può essere avvenuta anche per due giri di cordone attorno alla coscia destra e quindi per interruzione del circolo durante la estrazione; nel primo caso può supporsi che sia avvenuta la rottura del tumore o sotto alle palpazioni fatte al ventre o per aumento dell'idrope durante il parto in seguito a disturbo del circolo fetale. Depongono in favore della seconda supposizione le ecchimosi trovate sotto al pericardio viscerale e

la vascolarizzazione notevole dei polmoni che fanno ragionevolmente supporre sforzi di precoce respirazione.

Or bene, o una coincidenza casuale m'indusse in errore, ovvero questo fatto conferma la giustezza di quanto è detto sopra, e cioè: diagnosticato con esattezza l'idramios e tenuto conto della difficoltà di sentire le parti fetali ed il battito cardiaco, si dovrà mettere innanzi alla mente la probabile mostruosità fetale per idropisia del sistema nervoso centrale.

Vi è adunque una relazione fra le mostruosità fetali per idropisia e l'idramios, poichè molti hanno osservato che il parto di siffatti feti mostruosi è accompagnato da scolo di acque in grande copia, ed io osservo che la copia delle medesime può ajutare il pratico a diagnosticare quelle mostruosità prima che si dichiari il travaglio; e questa relazione in che consiste? Non sono ancora in grado di rispondere completamente alla domanda, ma posso portare un contributo per la risposta.

L'esame interno dei tre mostri e di un quarto che ebbi in dono dal Prof. Ponti, mio collega in questa Università, mi fece scoprire le cose seguenti: nel primo mostro la colonna vertebrale era leggermente arcuata; l'aorta si divideva in due iliache primitive di calibro assai diverso, grossa la sinistra, sottilissima, quasi filiforme la destra, suddivisa bensì in iliaca esterna ed interna, ma quest'ultima non dava l'arteria ombelicale, per cui il cordone non aveva che un'arteria ed una vena.

Il secondo mostro offriva una enorme lordosi cervico-dorsale con accorciamento ed angustia notevole del torace; il cuore presentava un incompleto setto interventricolare.

Il terzo non presentò anomalie nel cuore e nei grossi vasi; il torace era però angusto per curva esagerata della colonna vertebrale all'indietro, ed il fegato era molto sviluppato e circondava la vena ombelicale formandole attorno un canale e presentava sulla faccia superiore dei due lobi profondi solchi diretti apparentemente secondo gli spazi intercostali, ma di fatto secondo i fasci muscolari del diaframma. La placenta era edematosa e presentava numerosi vasi nella membrana coriale e molte piccole rilevatezze presentava il sacco amniotico sulla membrana medesima.

Il quarto mostro presentava lordosi della regione cervico-dorsale, angustia del torace e fegato voluminoso ancor esso coi solchi trovati nel precedente e circondante la vena ombelicale in

modo che questa rimaneva stretta in un profondo canale. Questo fegato inoltre presentava due solchi corrispondenti alle due arterie ombelicali. In questo caso trattavasi di anencefalo con idromeningocele cervicale.

In tutti questi mostri si osservò l'idropisia o dei ventricoli del cervello o la parziale o la totale distensione del midollo spinale e delle sue membrane e conseguente disturbo nella regolare formazione del sistema nervoso centrale e della teca ossea; queste idropisie si formano nei primordii dello sviluppo embrionale, il crescere della colonna vertebrale mancando le lamine delle vertebre non può essere regolare, lo incurvarsi della colonna porta la brevità del collo, l'angustia del torace, lo spostamento del cuore, il disturbo nella sua funzione, l'ingrossamento del fegato, la compressione della vena ombelicale; se si aggiunge a questo le anomalie del sistema vasale che facilmente s'incontrano in questi mostri, s'intenderà come in essi vi debbano essere disturbi di circolo i quali alla loro volta favorir debbono l'aumento dell'idropisia cefalo-rachidiana.

Non vi è ancora perfetto accordo fra gli autori sull'origine del liquido amniotico. Ciò solo pare positivo che esso proviene da sorgenti diverse.

Una delle sorgenti del liquido amniotico è la placenta o meglio la rete di vasi sottili che serpeggiano sulla membrana coriale basale della placenta stessa e che sono in relazione coi vasi del cordone e che sono più appariscenti e più numerosi fino al sesto mese di gravidanza e che sono separati dal liquido amniotico dal sacco amniotico che tappezza aderendo lassamente la faccia fetale di quell'organo. Ma dalle esperienze istituite per eccitamento di Frankenkäuser, da Sallinger risulterebbe che anche le grosse vene che serpeggiano sulla faccia fetale della placenta prima di giungere al cordone possono considerarsi come sorgente del liquido amniotico. L'aumento di pressione nel circolo fetale deve quindi produrre un aumento di secrezione del liquido amniotico; per lo stesso aumento di pressione può avvenire l'edema della placenta. Jungbluth fa provenire il liquido amniotico da *vasi proprii* i quali serpeggerebbero non sulla membrana coriale ma su una membrana intermedia all'amnios ed al corion.

Altra sorgente del liquido amniotico è il rene del feto (Gusserow, Schatz, Wiener). Infatti trovansi in esso liquido i materiali

dell'urina negli ultimi mesi della gravidanza, quando appunto i vasi della membrana coriale della placenta sono in minor numero e i vasi di Jungbluth sono scomparsi, e nei casi di mancanza o di chiusura dell'uretra si distende enormemente la vescica urinaria (1). Ora nei mostri in discorso può anche essere maggiormente attiva la escrezione urinaria in relazione colla aumentata pressione vasale.

Coll'idramios si trovò in tutti e tre i casi nella madre piú o meno notevole edema della estremità inferiore e della cute del ventre; lo stato idroemico facile nella gravidanza e la pressione vasale del circolo materno per parte dell'utero soverchiamente disteso possono spiegare il fatto, ma credo che vi possa essere un'altra relazione fra l'idramios e gli edemi e le idropisie che talvolta si trovano nella donna affetta da idramios; è cioè probabile che il liquido amniotico trapassi l'epitelio del sacco amniotico e per spazi linfatici attraverso le membrane, e poi pei vasi linfatici uterini giunga alla madre ad aumentare l'idroemia, la quale, insieme all'aumento di pressione cagionato dall'utero molto disteso, dà origine agli edemi ed anche alle idropisie materne. L'idroemia alla sua volta può però favorire l'idramios giungendo a cagion sua al feto, per mezzo del circolo placentare, materiali acquosi in abbondanza. Schröder fa derivare il liquido amniotico precisamente dai vasi della madre coll'intermezzo della decidua; Scanzoni lo fa provenire dalla placenta materna. Il trapasso di sostanze coloranti injettate nelle vene dei conigli al liquido amniotico e non al feto deporrebbero in favore dell'origine materna del liquido amniotico; ma l'idramios di un solo uovo nelle gravidanze gemelle depone in favore della origine fetale.

Altra sorgente del liquido amniotico potrebbe aversi da vasi del sacco amniotico. Il sacco amniotico di un feto immaturo di pecora che mi fu regalato da G. B. Piana, professore di anatomia patologica veterinaria in questa Università, mostrava vasi sanguini; nel sacco amniotico umano parecchie volte vidi ramificazioni analoghe a quelle di vasi e ch'io stento a creder tali, ma il sacco amnio-

---

(1) Ai pochi casi registrati nel *Manuale di ostetricia* di C. Schröder ed a quello di Frankenkäuser (L. Sallinger, *Ueber Hydramnios*, ecc., Zurigo 1875) se ne aggiungerà tra breve uno che verrà pubblicato dal Dott. Baistrocchi, assistente presso l'Istituto di anatomia patologica di questa Università, caso che fu pure presentato alle *Conferenze di scienze mediche e naturali* iniziatesi in questa Università nello scorso autunno.

tico essendo una continuazione di due strati della cute, può bene aver vasi e per un tratto sul cordone s'inoltrano realmente i vasi della pelle del ventre, e può essere che nei primi periodi dello sviluppo embrionale umano vi siano sul sacco amniotico nello strato connettivale vasellini escernenti liquido amniotico.

Un'altra sorgente di liquido amniotico possono essere i canali umorali del cordone ombelicale; questi canali fanno comunicare i corpuscoli per lo più stellati, che si trovano sul cordone negli spazi rotondi od ovali riempiuti da sostanza mucosa e circoscritti da fibrille; in quei vasi vi sono anche elementi contrattili; una circolazione quindi si stabilisce tra il tessuto sotto-peritoneale del feto e la placenta lungo tutto il cordone. Nel fetino di pecora sopracitato ho potuto osservare una grandissima quantità di prolungamenti filiformi su tutta la superficie dell'involucro amniotico del cordone e su parte dell'amnios, attorno al punto su cui pare s'inserisca il capo del cordone opposto al feto. Or bene, il professore Piana è d'avviso che i canali umorali del cordone ombelicale siano in relazione con queste appendici e che queste possano essere sorgenti di liquido amniotico. Piccole protuberanze non filiformi ma sferoidali ho visto parecchie volte nel tratto di sacco amniotico che veste la membrana coriale della placenta umana, e le ho scorte particolarmente nella placenta del terzo mostro, non oso dire se corrispondano alle appendici filiformi del sacco amniotico dei ruminanti.

Mi propongo di studiare ulteriormente questo argomento. Frattanto aspetto dalla osservazione dei fatti la conferma della proposizione emessa in principio di questa nota, cioè che *nell'idramios devesi ritenere probabile la esistenza di un feto mostruoso preferibilmente per idropisia delle cavità cerebro-spinali.* Se l'avvenire, come spero, confermerà la giustezza dell'anzidetta proposizione, la statistica indicherà in cifra il grado di probabilità ossia la proporzione dei casi di idramios dipendenti da mostruosità del feto o legati alla medesima rispetto a quelli dipendenti da altre cause, come ad esempio malattie della madre, malattie del feto, malattie ed anomalie del cordone, malattie della placenta.

RASSEGNA

TRANSACTIONS OF THE OBSTETRICAL SOCIETY OF LONDON

FOR THE YEAR 1880.

(Atti della Società Ostetrica di Londra nel 1880).

(dagli *Ann. Univ. di Medicina* — Gennaio 1882).

CHAMPNEY'S. — *Sul dolore nel carcinoma pelvico e suo sollievo mediante la morfina, con cinquanta casi illustrativi.*

TAIT. — *Sulla rotazione dei tumori ovarici sul proprio asse, cause dello strozzamento e della gangrena di essi. Tre casi felicemente trattati coll'ovariotomia immediata.*

THORNTON. — *Rimozione di fibromi uterini mediante la laparotomia.*

HICKS. — *Caso di gravidanza extra-uterina nel 7° mese circa — subitanea insorgeuza di sintomi urgenti — rimozione del feto colla incisione addominale — morte.*

CARTER. — *Due casi di gravidanza extra-uterina e loro esiti.*

HEWITT. — *Informazione intorno a 67 casi di spostamenti uterini curati nel periodo dt sette anni.*

STEPHENSON. — *Sul forcipe usato come strumento rotante.*

PRIESTLEY. — *Sulla provocazione dell'aborto come mezzo terapeutico.*

I. CHAMPNEY'S FRANCIS HENRY. — **On the pain in pelvic cancer end its relief by morphia, illustrated by fifty cases.** *(Sul dolore nel carcinoma pelvico e suo sollievo mediante la morfina, con cinquanta casi illustrativi, pag.* 5-31).

Questo studio fatto dall'Autore nelle Sale dell'Ospedale di S. Bartolomeo di Londra, affidate alla direzione di Matthew Duncan, si propone: di stabilire una base di fatto per la scelta fra i differenti modi di amministrare la morfina: di formulare le proprie osservazioni riguardo alla frequenza, alla durata, alla qualità, alla sede ed alla intensità del dolore nel carcinoma dell' utero e degli organi pelvici: di studiare i fenomeni della malattia anche quando non si possa prevedere una immediata applicazione pratica.

I cinquanta casi indicati, riguardo all'età delle pazienti, si dividono come segue:

tra 20 e 30 anni	5
30 e 40 »	15
40 e 50 »	15
50 e 60 »	10
60 e 70 »	5
70 »	0

Riguardo alla frequenza relativa con cui il dolore od altro fenomeno ricorsero come primo sintoma, essa ci è indicata dal seguente quadro:

Primo sintoma.

Dolore	in 13	casi ossia	26	per 100
Dolore con emorragia . .	in 8	»	17	»
Emorragia	in 3	»	16	»
Perdita fetente in 5 casi . } » non fetente in 2 casi }	in 7	»	14	»
Dolore con perdita . .	in 2	»	4	»
Dolore con emorragia e perdita	in 2	»	4	»
Incontinenza d'urina . .	in 1	»	2	»
Malessere generale . .	in 1	»	2	2

Per cui il dolore o solo od associato ad altri sintomi, fu presente come primo fenomeno in 25 casi, ossia nel 50 per 100 di essi.

L'Autore esibisce anche una tavola in cui indica la relativa frequenza con cui il dolore è avvertito in una regione piuttostochè nell'altra: essa per altro non può avere che un valore relativo, essendo noto quanto sia difficile nella pratica un'esatta determinazione della sede anatomica del dolore. Così pure è ovvia la ragione per cui sia difficile e raro il dimostrare una coincidenza qualsiasi tra la sede del male e la sede del dolore. È curioso invece il fatto di una speciale predilezione del dolore per il lato sinistro del corpo, benchè il cancro negli organi di cui ci occupiamo non abbia una speciale predilezione per il lato sinistro. Questa predilezione del dolore per il lato sinistro è ben conosciuta del resto anche riguardo ai dolori sotto-mammarii ed a quelli nella fossa iliaca: *dolore al lato sinistro* è invero un lamento quasi proverbiale nella pratica ginecologica. Certo l'uomo non è un animale bilateralmente simmetrico in modo assoluto; basterebbe a dimostrarlo la localizzazione del centro cerebrale per la loquela. La parte sinistra del corpo

non sembra avere soltanto il privilegio del dolore poichè Briquet sopra 90 casi di emianestesia, ne trovò 20 nel lato destro e 70 nel lato sinistro. Comunque, questa predilezione del dolore pel lato sinistro è così spiccata *nei casi di carcinoma pelvico,* che nella tavola dell' Autore la troviamo indicata 12 volte a sinistra, 2 a destra.

Quanto alla qualità del dolore l'Autore ne riferisce trenta specie secondo l'espressione con cui i pazienti lo qualificavano: io rinuncio a renderle in italiano anche colla scorta della fisiologia del dolore del Prof. Mantegazza.

In 20 casi il dolore fu prevalente di notte ed in 24 casi fu diminuito dall'insorgente emorragia.

Veniamo ora alla seconda parte, a quella in cui si studia l'efficacia della morfina. Come preparato venne scelto l'idroclorato e venne usato per via ipodermica alla dose di 1[8 di grano, per bocca alla dose di 1[13 di grano, per il retto sotto forma di suppositorii a quella di 1[2 grano. Noi troviamo che la morfina in genere è efficace; che in quattordici casi il sollievo fu maggiore colla iniezione; che in quattro esso fu maggiore colla via orale, che infine in tre (due dubbii) il suppositorio ne arrecò uno maggiore che la iniezione.

La superiorità della iniezione consisteva nel suo più rapido, più profondo e più duraturo effetto; nella maggior parte dei casi le pazienti non avevano alcuna esitazione nel preferirla malgrado la puntura. In due casi in cui il mingere era frequente, ed in uno in cui alla frequenza del mingere si associava anche la frequenza della defecazione, l'effetto fu notevole. In uno di questi casi la paziente doveva alzarsi ogni 10 o 15 minuti, mentre colla iniezione ipodermica la frequenza fu ridotta a due o tre volte per notte.

Quali inconvenienti dell'amministrazione della morfina furono osservati la nausea 6 volte, il vomito 7 volte, la vertigine 2 volte.

II. Tait Lawson. — **Ou axial rotation of ovarian tumours, leading to their strangulation and gangrene. Three cases successfully treated by immediate ovariotomy.** *(Sullv rotazione dei tumori ovarici sul proprio asse, cause dello strozzamento e della gangrena di essi. Tre casi felicemente trattati coll'ovariotomia immediata, pag.* 86-103).

Non è da molto tempo che questo notevole accidente nella vita dei tumori ovarici richiamò su di sè l'attenzione dei patologi e dei ginecologi. Il primo che ne parlò fu quegli stesso che più ne disse, cioè Carlo Rokitansky nel 1841. Alla coraggiosa iniziativa di Wilshire nel 1868 si deve che la chirurgia addominale sia entrata in una nuova

via, per ovviare col suo intervento ai minacciosi accidenti che ne vengono dalla torsione del peduncolo ovarico. Spencer-Wells nel libro *Sulle malattie dell'ovaja*, ricorda come ne' suoi primi 500 casi si avvenne 12 volte in questo particolare accidente, ma non è fatta menzione che per ciò sia avvenuta la gangrena del tumore e si sia affrettata l'ovariotomia.

L'Autore ebbe ad osservare quattro casi ma nel primo di essi, essendoci anche un'ernia crurale, non si dubitò punto dell'accidente, operò l'ernia, e solo all'autopsia rilevò la torsione del peduncolo ovarico e la conseguente gangrena del tumore. Negli altri tre casi intervenne coll'ovariotomia e salvò tutte e tre le pazienti. La sintomatologia è quella di tutti gli strozzamenti dei visceri addominali: nei casi di tumori ovarici non si deve perdere di mira la possibilità di una emorragia grave endo-cistica, come in un caso riferito da Spencer-Wells nella discussione successiva. Quanto alle cause è poco noto di positivo; i fatti di Lawson Tait confermerebbero il fatto già accennato da Rokitansky, che la torsione la si osserva più di frequente a destra e nel senso dall'interno all'esterno. Essi poi fanno il dovere preciso al ginecologo di intervenire prontamente quando presumesse di trovarsi di fronte a simile accidente.

III. Thornton Knowsley. — **Removal of uterine fibroids by laparatomy.** *(Rimozione dei fibromi uterini mediante la laparatomia, pag.* 114-129).

Espone due casi operati felicemente e da essi prende punto di partenza per intrattenere l'assemblea sulla giustificabilità di tale atto operativo e sulle sue indicazioni. Ormai, egli dice, non è più a dubitarsi che tale atto operativo abbia acquistato un posto stabile nella chirurgia ginecologica. Il ricordo stesso della guerra mossa all'ovariotomia nel suo esordio, dovrebbe rendere cauti gli avversarii che volessero respingerla. Essa certo può considerarsi come più difficile e pericolosa che l'ovariotomia e richiede maggior abilità diagnostica prima, operatoria dopo, ma ciò non constituisce una ragione seria per respingerla. Certo converrebbe distinguere anche a scopo statistico caso da caso, secondochè si rimuove soltanto un fibroma peduncolato con o senza rimozione di ambo le ovaje, oppure si rende necessaria anche l'isterectomia. Molte volte non è che all'apertura dell'addome che il chirurgo può decidersi sulla via da seguire.

Prendono parte alla discussione Bantock, Playfair, Duncan, Graily Hewitt, Smith, facendo buon viso a tale pratica chirurgica e alcuni

di essi recando in campo qualche nuovo contributo clinico. Lo Smith poi, portando la discussione anche sulla nomenclatura, sarebbe poco disposto ad accettare la parola laparatomia, adoperata ad esprimere l'incisione mediana delle pareti addominali, la parola λαπαρον indicando la parte fra le coste e la cresta dell'ileo, il fianco.

IV. Hicks Braxton. — **Case of extra-uterine foetation about the seventh month of pregnancy — sudden urgent symptoms — removal of foetus by abdominal section — death.** *(Caso di gravidauza extranterina nel 7° mese circa — subitanea insorgenza di sintomi urgenti — rimozione del feto colla incisione addominale — morte, pag.* 141-153).

V. Carter Charles. — **Two cases of extra-uterine foetation with results.** *(Due casi di gravidanza extra-uterina e loro esiti, pag.* 160-172).

Le adunanze del 5 maggio e del 2 giugno furono quasi esclusivamente occupate dall'esposizione dei casi e dalla discussione da essi provocata. Essi costituiscono un notevole contributo alla casistica della gravidanza extra-uterina, e daremo quindi anzitutto un riassunto dei tre casi.

Caso di Braxton Hicks. — Donna d'anni 29, gravida per la terza volta: i due parti antecedenti, l'ultimo dei quali quattro anni prima, furono normali. Non ebbe mai aborti. Nell'aprile del 1879 fu presa da vomito ostinato e da intenso dolore all'addome, per cui stette in letto per un mese. Nella prima settimana di agosto venne vista dall'Autore al Guy's Hospital. Essa si lamentava di tensione al ventre, di abbassamento dell'utero, di difficoltà nel mingere e dall'esame della donna messo in sospetto di una gravidanza extra-uterina, ne acquistò la certezza col cateterismo uterino e colla dilatazione del canal cervicale mediante un cono di spugna. Una settimana più tardi mentre si avvisava sul da farsi, la donna venne colta improvvisamerte da dolori ancor più intensi, da grande irrequietudine e l'addome si fece molto più teso, il polso divenne filiforme, la temperatura discese al normale, si manifestarono sudori freddi, vomito intenso, tutto il corteo in somma di un grave collasso, ed intanto il volume e la tensione del ventre si fecero ancora più notevoli in modo da produrre dispnea. L'Autore la vide tre ore più tardi, e fattosi il concetto di emorragia interna, scorse nella laparatomia la sola via di possibile salvezza. Incise le pareti addominali sulla linea mediana ed aperto il peritoneo ne uscì una grande quantità di sangue che s'era accumulata tra le pa-

reti e la placenta inserita precisamente sulla parete anteriore. Rotta la borsa amniotica, venne estratto un feto dello sviluppo apparente di sei mesi, che non dava più segni di vita. Dopo non fuvvi grave emorragia; ad ogni modo a far cessare quel po' di perdita che c'era venne introdotta una spugna nella cavità e tenuta applicata contro le pareti addominali. Pochi minuti dopo essa cessò completamente: si chiuse incompletamente la ferita, lasciando un'apertura di circa un pollice e mezzo. La donna morì poco tempo dopo. L' autopsia dimostrò appartenere tale gravidanza extra-uterina alla varietà delle addominali.

È interessante l'esame degli organi genitali. L'utero era vuoto, alquanto ingrandito, alterato nella forma L'organo aveva subìta una torsione sul suo asse, talchè la superficie anteriore guardava a sinistra; le superficie posteriore era sana e libera da aderenze, ma sulla superficie anteriore, a mezza strada circa tra il fondo e l' estremo uterino della cervice eravi un fibroide peduncolato del volume di un'avellana. Il peduncolo era lungo un po' più di un pollice. Il tumore per mezzo di un cordone rigido, fibroso, lungo due pollici, si attaccava colla sua superficie superiore ad un' ansa dell' ileo, mentre col suo estremo inferiore si attaccava alla tuba falloppiana di destra. Questa, molto grossa, aveva il diametro del mignolo; essa era vincolata lateralmente da aderenze e quindi incrociava l' utero sulla sua superficie anteriore verso il suo estremo inferiore dove era riunita al fibroide e veniva quindi a terminare in corrispondenza della superficie inferiore della placenta a due pollici a sinistra della linea mediana rasente la branca orizzontale del pube sinistro, misurando una lunghezza complessiva di nove pollici. L' ovaia destra era aderente al sacco amniotico ed era occupata dal corpo luteo. Ovaia e tuba di sinistra erano sani.

1.° *Caso di Carter.* — M. B., d'anni 38, maritata da 14 anni, ebbe un sol figlio nel primo anno di matrimonio: non ebbe mai aborti. La menstruazione fu regolare sino al dicembre 1878, alla quale epoca cessò, inducendo quindi nella paziente il sospetto di essere gravida. Essa stette bene fino al 13 aprile 1879, nel qual giorno gli fu impossibile il mingere, per cui recossi all'Ospedale S. Bartolomeo, ove si fece il cateterismo vescicale che si ripetette il 15 ed il 16. L'esame ivi fatto da Duncan è così compendiato: « la cervice giace vicina alla sinfisi pubica, il dito » però può passare liberamente tra esse: al di dietro della cervice la » pelvi è quasi intieramente occupata da una massa sensibile, irrego- » lare, elastica, l'utero gravido retroverso. Un tentativo di riduzione » non riuscì, due o tre tentativi fatti con un pessario ad aria nel retto » furono parimenti infruttuosi. » La paziente lasciò l'ospedale il 9 mag-

gio, potendo ormai emettere l'urina liberamente. Nel giugno essa avvertì che la parte inferiore del ventre andava tumefacendosi, e sentì movimenti nell'addome che continuarono sino alla fine di agosto, nel qual torno di tempo essa espulse una grande massa dalla vagina e ricorse nuovamente al detto ospedale ove venne accolta il 2 settembre. Ecco i dati principali allora raccolti: la paziente si lamenta di abbassamento dell'utero e di difficoltà nel mingere; la circonferenza dell'addome in corrispondenza del bellico è di 31 pollici, la distanza dal pube al bellico di 7 pollici; il tumore arriva sino al piano del bellico dove si sentono alcuni nodi duri che assomigliano gli arti d'un feto. Essa dice che non avvertì più movimenti nel tumore dopo il suo ingresso nell'ospedale. L'ascoltazione del tumore è negativa. La cervice uterina è molto ingrandita, ammette agevolmente il dito, è applicata contro la sinfisi pubica. Il catetere misura sette pollici ed è tirato fuori senza traccia di sangue. Palpando esternamente avevasi l'impressione che vi fosse solo un moderato spessore fra le pelle e la punta del catetere. Al di dietro della cervice havvi una tumefazione dura, forse una parte fetale e tra questa e la durezza addominale havvi comunicazione di impulso. Latte nelle mammelle. La paziente vuol lasciare, contro il consiglio avuto, l'ospedale il 28 settembre: fra l'aprile ed il dicembre del 1879, essa menstruò ma non a periodi regolari, gli intervalli fra l'una e l'altra menstruazione essendo da 7 ad 8 settimane; dopo aver lasciato l'ospedale essa stette bene sino al Natale, alla quale epoca, la tumefazione si fece molto dolorosa a tal punto di renderla insonne per cui il 13 gennaio 1880 ricoverò all'ospedale femminile in Soho Square ove venne sotto l'osservazione dell'Autore.

Al suo ingresso la paziente versava in condizioni molto gravi, la temperatura era elevata, il polso celere, piccolo, frequente (150) la lingua secca, arida, profondamente screpolata, il respiro a tipo toracico, l'addome disteso e così dolente da potere appena tollerare l'esame. Coll'esame vaginale si rilevò che l'utero era spinto in basso ed all'avanti e la tasca di Douglas distesa da una massa molle che si continuava col tumore addominale che occupava tutto il quadrante inferiore di sinistra spingendosi anche al di là della linea mediana per circa due pollici. In corrispondenza di esso si avvertiva una profonda fluttuazione. Fu prescritto riposo assoluto, l'applicazione dei cataplasmi sottili sul ventre, champagne, cognac. Il 20 l'attenzione del chirurgo fu richiamata sopra un rossore del diametro di un fiorino, un pollice circa alla destra del bellico ed alla sua altezza; nei giorni successivi si disegnò ivi a mano mano una tumefazione parziale della grandezza di

un uovo di gallina, che venne incisa il 26, dando esito ad un liquido purulento di un fetore insopportabile. Circa quindici giorni più tardi si fece accorto che la cavità superficiale, aperta il 26, comunicava al suo angolo inferiore con una più ampia cavità in cui si sentiva il capo fetale; ampliata allora l'apertura, estrasse un feto decomposto che mandava una puzza terribile. La cavità venne diligentemente lavata con soluzione carbolica: non si fecero tentativi per staccare la placenta. Il 23 di febbraio si aprì spontaneamente un'altra communicazione del sacco colla vagina. Il 10 aprile la paziente cominciò ad alzarsi e poco tempo dopo lasciava l'ospedale guarita.

2.° *Caso di Carter.* — Esso può così compendiarsi: *Gravidanza extra-uterina (addominale): morte del feto dopo il 6° mese: suppurazione della cisti cinque anni dopo ed emissione di ossa fetali per la via del retto: guarigione.*

Nella discussione sollevata dalla esposizione del caso di Braxton-Hicks, prende per il primo a discorrere il Dott. Wiltshire. La forma peritoneale della gravidanza extra-uterina non può ormai, egli dice, essere messa in dubbio da nessuno: basterebbe e dimostrarla, il caso di Koeberlé in cui il concepimento avvenne attraverso l'orificio fistoloso rimasto dopo l'esportazione di un utero arrovesciato: egli ricorda inoltre, un altro caso in cui la fecondazione dell'ovulo nella cavità addominale avvenne per la rottura della vagina in seguito ad un coito forzato. — Riguardo al trattamento egli opina che non debba toccarsi alla placenta, una volta aperto il sacco. Nel caso di Braxton-Hicks era inevitabile provocarne l'intiero distacco. Nel caso ci fosse stata una emorragia imponente egli avrebbe portato a mutuo contatto le superficie sanguinanti mediante suture profonde o spilli.

Il Dott. Routh invece chiede all'operatore, perchè non abbia fatto l'ascoltazione onde evitare col taglio l'area d'inserzione placentare, perchè non abbia ucciso il feto o iniettando morfina nella borsa amniotica od aspirando il liquido amniotico, anzichè decidersi per la gastrotomia; forse in tal modo, egli aggiunge, placenta e feto sarebbero avvizziti e le ossa fetali sarebbero state espulse tardivamente per qualche apertura fistolosa e la vita della madre forse salvata. Le osservazioni di Routh, fa notare il Dott. Gervis, sollevano la questione sulla convenienza della gastrotomia primaria nella gravidanza extra-uterina, questione a risolvere la quale non c'è forse ancora materiale sufficiente. Egli riferisce un caso in cui praticò la gastrotomia primaria per esaurimento della paziente: la donna morì in 3ª giornata per emorragia che si era continuata attraverso il tubo di drenaggio

che egli aveva applicato, e l'esame cadaverico dimostrò non peritonite ma distacco della placenta. Egli si domanda se nei casi in cui ci fosse luogo a credere la placenta inserita sulla linea mediana non convenisse procurare di estrarre il feto per la vagina.

Il Dott. Edis riporta alcuni brani di un lavoro di Parry sulla gravidanza extra-uterina, da cui risulta come il valore delle iniezioni nel sacco per uccidere il feto non è ancora ben conosciuto, come gli atti con cui si lede la cisti senza estrarre il feto non sieno punto senza pericolo, e come i fatti sinora conosciuti pongono questo dilemma, o rimuovere intieramente il feto o non toccare alla cisti. La discussione infine è chiusa da Braxton-Hicks, il quale respinge le accuse mossegli da Routh e dice che in quanto al suo intervento esso era determinato di urgenza dalle condizioni gravissime della paziente.

Quanto ai casi di Carter essi non sollevarono discussioni ampie ed importanti: la dimanda di Champney se nel liquido evacuato nel 1.º caso vi fossero bacterii, il che poteva avere importanza come questione di patologia, ebbe in risposta che il liquido non si era esaminato.

VI. Hewitt Graily. — **Report on sixty-seven cases of uterine distortion or displacament, treated during seven years, at All Saints Institution for Ladies suffering from illness.** *(Informazione intorno a 67 casi di spostamenti uterini curati nel periodo di sette anni nell'All Saints Institution for Ladies suffering from illness, pagina* 173-184 e 188-211).

Questo Istituto Ognissanti per le malattie femminili, situato in Gower Street al N. 127, non riceve *pazienti da ospedale* nel senso ordinario della parola. Molte di esse sono governanti, persone che vivono del proprio, scrittrici, mogli di curati, mogli di ufficiali, ecc. Ciò è necessario a sapersi anche per comprendere certe espressioni uscite fuori nella discussione. In detto istituto i casi accennati si presentarono alla osservazione dell'Autore dal 1º maggio 1872 al 1º maggio 1879. L'età delle pazienti variò dai 18 ai 30; il maggior numero di esse aveva però oltrepassato la ventina. L'intensità dei sintomi morbosi presentò naturalmente molte gradazioni, ma è ad osservarsi che parecchie delle pazienti erano già confinate a letto da molto tempo ed in molte di queste dopo una cura perseverante si ebbero risultati sorprendenti. In una rivista non posso estendermi di troppo su questo lavoro, procurerò per altro di mettere in evidenza i punti principali. In genere la condizione di queste pazienti era caratterizzata da una grande debolezza o da maggiore o minore incapacità a camminare, che coll'Autore

chiameremo *discinesi uterina*. I 67 casi osservati si dividono come segue riguardo alla natura dello spostamento: *a*) casi di antiversione o di antiflessione N. 45; *b*) casi di retroflessione o retroversione N. 22. I mezzi di cura impiegati si possono così riepilogare: *riposo, nutrizione conveniente, cura meccanica*. L'Autore si giovò alcune volte del trattamento meccanico mediante la posizione, determinata a seconda del genere dello spostamento, ma nella gran maggioranza dei casi ciò non poteva bastare, ed allora si giovava dei pessarii, di uno foggiato a guisa di quello di Hodge per la retroversione e retroflessione, di quello suo proprio per l'antiversione e per l'antiflessione. Questi pessarii si lasciavano anche per parecchi mesi. In certi casi per la riduzione dell'utero, l'Autore si servì anche della sonda adoperata due o tre volte alla settimana. A spiegare i buoni risultati ottenuti, l'Autore dà molta importanza al completo riposo in cui teneva le pazienti per tutta la durata del trattamento ed alla cura che egli metteva nel migliorare le condizioni generali. Egli insomma crede necessario un trattamento meccanico, ma nello stesso tempo crede indispensabile un trattamento generale che si rivolga alla nutrizione dell'organismo, poichè, generalmente, per una prolungata insufficiente nutrizione, l'utero perde la sua tenacità e con essa il suo potere di resistenza. In ciò il medico deve trovare l'indicazione per sforzarsi a vincere con un opportuno sistema dietetico quella ripugnanza invincibile al cibo che molte volte presentano queste ammalate. Invero qui si cade in un circolo vizioso; l'irritazione uterina agisce sullo stomaco e questo reagisce sull'utero, poichè questo come ogni altro organo abbisogna di essere nutrito sufficientemente ed in tal modo si accrescono le sofferenze della sfortunata paziente.

Terminerò col dire che l'Autore non impiegò mai contro certi disturbi, la leucorrea, per esempio, la cauterizzazione intra-uterina.

Il Dott. Gervis differisce da Hewitt in alcuni punti. Egli dal trattamento con una posizione acconcia mantenuta per mesi non vide sorgere che inconvenienti per la salute della donna: così pure egli opina che i pessarii debbano togliersi piuttosto a brevi intervalli, e per le norme di pulizia e per assicurarci delle condizioni dell'utero. Infine egli opina che, nei casi di flessione, molte delle lesioni anatomiche secondarie, endometrite, iperplasia, ecc., non sieno dovute allo spostamento ma alla ostruzione del canale cervicale.

Barnes crede che Hewitt insista troppo rigidamente sul riposo; al contrario, in questi casi, egli crede piuttosto necessario l'esercizio e l'aria libera Nè ciò si oppone al meccanico trattamento delle flessioni,

poichè un pessario ben scelto e ben applicato dà riposo all'utero. Egli crede poi che la medicatura endo-uterina sia molte volte utile, mentre considera come cattiva la pratica di ridurre una flessione col catetere. La fissazione di un utero flesso in causa di aderenze è secondo lui molto più rara di quello che si supponga. Non si può disconoscere la importanza degli spostamenti uterini nella produzione di malattie nervose, avendo egli visto guarire alcuni casi di alienazione mentale colla riduzione dell'utero.

Routh opina che la miglior parte del lavoro di Hewitt sia quella che si riferisce al trattamento igienico dei casi di flessione. Ma appunto per ciò, mentre egli concorda colle idee espresse da Barnes, non crede consigliabile la pratica di Hewitt di tenere così a lungo le donne sul loro dorso per così dire incarcerate in un ospedale: d'altronde gli altri pratici non sono così fortunati da avere un comodo ed elegante « All Saints Institution » per tenervi confinate queste povere invalide. Egli dissente anche da Hewitt sull'utilità del suo pessario per l'antiflessione, dal quale egli non ebbe mai buoni risultati, anzi vide qualche volta insorgere serie complicanze.

Bantock comincia coll'insistere sulla necessità ormai quasi generalmente riconosciuta della cura meccanica degli spostamenti uterini, i cui avversarii vanno di giorno scemando di numero e di autorità. Quand'anche si volesse ammettere che i disturbi e le sofferenze sieno dovute alle complicanze concomitanti, non è men vero che queste riconoscono il più delle volte la loro causa nello spostamento. Non può a meno di biasimare la confusione in cui anche alcuni dei più riputati Autori cadono nella definizione di quanto intendesi per antiversione ed antiflessione, retroversione e retroflessione. Non può accettare la classificazione di Gervis: 1.° di spostamenti riducibili permanentemente colla sonda: 2° di spostamenti che richiedono l'uso di un pessario: 3.° di spostamenti in cui l'utero è vincolato da aderenze. In base alla sua estesissima pratica egli opina che la prima varietà non esista affatto, che la terza sia così straordinariamente rara da non doversene tener conto Quanto al grado di frequenza relativo, il risultato delle sue osservazioni è diverso da quello di Hewitt. Gli spostamenti uterini per ordine di frequenza sarebbero secondo la sua pratica così disposti; retroversione, antiflessione, antiversione, retroflessione. La retroversione richiama per la prima la sua attenzione e per la sua maggior frequenza e per la maggior intensità di disturbi da cui essa è accompagnata, e per essa il più appropriato trattamento è l'uso del pessario di Hodge, il quale è veramente benemerito per l'invenzione di questo

semplice ma mirabile strumento, che molti, per desiderio di notorietà, hanno modificato qua e là, onde legare il proprio nome a qualche infinitesima modificazione, ma lasciando fortunatamente intatto il principio su cui riposa. Quanto alla retroflessione egli è soddisfatto del pessario di Meadows. L'antiversione è lo spostamento più difficile ad essere curato meccanicamente ma fortunatamente di solito è di grado lieve e richiede meno il nostro trattamento. Quanto all' antiflessione egli opina doversi prima combattere la congestione uterina con qualche deplezione: nel primo stadio di spesso basta passare di tanto in tanto la sonda lasciandola in sito un' ora o due ogni volta. Quando ci fosse strettura dell'orificio interno allora può diventar necessaria l'incisione bilaterale, ed infine nei casi gravi può essere richiesto l' uso di un pessario ad asta intrauterina, ma egli pure non vide buoni risultati dall' impiego del pessario di Hewitt.

Rogers dice ch'egli è abbastanza vecchio per ricordarsi del tempo in cui i pessarii erano banditi, ma cosa surrogar loro nella cura delle pazienti, costretti dal genere delle loro occupazioni a non avere mai posa? Egli pure si dichiara partigiano della cura meccanica: nella cura dell'antiflessione neppur egli ebbe buoni risultati dal pessario Hewitt, anzi rimprovera a questo di aumentare uno degli abituali disturbi di essa, il frequente bisogno di mingere. In simili casi egli preferisce, malgrado gli accidenti di cui s'incolpano, i pessarii ad asta intrauterina, preferendo quello elastico di Greenhalgh o quello di Wynn Williams.

Savage dice come sia naturale che le flessioni sieno solo raddrizzate dall'asta intrauterina e come a tale riguardo il concetto di James Simpson sia teoricamente perfetto. Egli ricorda per altro come in un'altra occasione egli abbia portato a conoscenza della Società nove casi di morte per peritonite causata dall'uso dei pessarii ad asta intrauterina. Egli ritiene importante la distinzione fra deviazioni uterine congenite ed acquisite, e crede che le prime controindichino la cura meccanica, che forse esse prevalgono nella lista dei disastri, ma chi potrebbe pretendere, egli aggiunge, di fare una diagnosi differenziale.

Duncan esprime l'opinione secondo cui gli spostamenti non accompagnati da discesa dell'utero, non sarebbero accompagnati da disturbi.

Knowsley Thornton dà molta importanza al fatto dell'abbassamento uterino, sia poi lo spostamento anteriore o posteriore, poichè esso esercita trazioni sui legamenti larghi e sulle ovaje, e disturba le funzioni vescicali ed intestinali. I casi di estrema retro od antiflessione non accompagnati da prolasso, in causa dell'ostruzione meccanica del

canale cervicale, possono cagionare disordini, ma vi si può rimediare agevolmente coll'uso di sonde graduate. Quanto ai pessarii ad asta intrauterina egli pure vide un caso di morte in seguito all'uso di quello di Meadows, benchè si fossero prese tutte le precauzioni.

Cory riporta pure un caso di morte.

Il Presidente riconosce che il lungo ed accurato studio che Hewitt ha fatto della eziologia e degli offetti delle flessioni uterine ha migliorato di molto la nostra conoscenza di una importantissima classe di malattie. Egli però, nell'interesse della scienza e della pratica, non vorrebbe adottate teorie unilaterali.

Hewitt infine ribatte le accuse a cui fu fatto segno, specialmente in riguardo al suo pessario. Egli ne vide molti malamente costrutti, ed addebita a ciò la non riuscita nelle mani di altri. In genere egli osservò che il difetto principale da lui osservato nella costruzione del suo pessario per l'antiflessione era costituito da una soverchia lunghezza della base del triangolo e dalla soverchia brevità dell'altezza. Risponde a Savage che in genere egli non trovò difficoltà nella diagnosi differenziale fra deviazione congenita ed acquisita, e ribatte a Duncan che secondo la sua esperienza l'abbassamento dell'utero ne accompagna quasi costantemente la flessione.

VII. Stephenson William. — **On rotatory action in using the forceps.** (*Sul forcipe usato come strumento rotante, pag.* 217-235).

L'espressione rotazione del capo, è usata in questa memoria in un senso più esteso di quello che si faccia comunemente. Alcuni vorrebbero limitato il suo uso ad una rotazione secondo un asse verticale del capo, come potrebbe essere impartito a questo rotando il forcipe secondo il suo lungo asse; ma la flessione o l'estensione sono pure movimenti di rotazione sopra un asse trasversale e questi movimenti sono pure studiati in tale espressione. Che si debba prestare la debita attenzione onde facilitare e non ostacolare questi movimenti di rotazione e ciò si possa ottenere col forcipe *acconciamente adoperato*, è quanto si propone di dimostrare l'Autore con questo lavoro. L'arte dell'ostetricia può essere perfezionata altrimenti che col modificare gli strumenti: adoperare quelli che noi possediamo, più in armonia colle nostre cognizioni scientifiche, può già contribuire potentemente alla perfezione dell'arte. Pare invece che gli ostetrici non sieno preoccupati che di tirare secondo l'asse pelvico, ma nello studio del parto altri fenomeni meccanici si osservano oltre a quello di progressione, perchè in questo gli estremi di un diametro longitudinale del capo

non si muovono ad un tempo, ma uno degli estremi di esso percorre nell'unità di tempo una tratta più lunga dell'altro. Ora, nell'impiego del forcipe, noi dobbiamo seguire il più strettamente possibile il meccanismo normale del parto. Colla trazione esercitata secondo l'asse pelvico, noi dobbiamo cioè combinare tali movimenti dello strumento da impartire al capo quei tali movimenti di rotazione che l'osservazione c'insegna aver luogo in quel dato tempo del meccanismo. Passiamo in rassegna coll'Autore quei diversi movimenti.

Rotazione per flessione ed estensione (flexion and extension rotation).

Nelle norme generali che si danno per l'uso del forcipe, il solo movimento di rotazione a cui si presti attenzione è quello di rotazione all'avanti dell'occipite. Non si tien calcolo della flessione o della estensione per quanto riguarda la direzione della forza. Si potrà obbiettare che le pareti pelviche possono produrre tali movimenti in quello stesso modo che li produce quando il travaglio progredisce naturalmente, poichè infine l'unica differenza si è di aver sostituito una *vis a fronte* alla *vis a tergo*. In questa così comune espressione è nascosto un errore poichè in realtà le condizioni non sono le stesse. Le pareti pelviche sono disposte in modo da operare in armonia con una forza la quale agisca sempre nella stessa direzione, dovechè col forcipe la potenza la si esercita in una direzione costantemente variante: oltre di ciò la testa nella stretta esercitata dalle branche del forcipe non è così libera nei suoi movimenti, e questi ne devono essere frequentemente ostacolati. Nel parto normale la testa si avanza fiettendosi finchè l'occipite sia sotto l'arcata pubica; *l'estremo occipitale percorre quindi in un dato tempo uno spazio maggiore che non l'estremo frontale.* Ora colla sola trazione diretta a testa stretta fra le branche del forcipe, vi è sempre tendenza a produrre un movimento parallelo in modo da far percorrere ai due estremi l'eguale spazio nell'egual tempo. L'avanzamento del capo è qualche volta arrestato dalla mancanza di un sufficiente grado di flessione, ed a produrre questo la leva è certamente superiore per molti rispetti. Ma anche col forcipe può grandemente facilitarsi. In certe posizioni del capo esso può prodursi coll'articolarsi dello strumento e collo stringersi dei manici, e ciò quando la testa è afferrata in modo obliquo: solo da questo punto di vista il benefico effetto della compressione è stato completamente disconosciuto. Ma anche modificando un po' le regole della trazione si può riuscire nello scopo combinando opportuni movimenti di rotazione colle tra-

zioni, poichè il capo dalle forze naturali non è mai cacciato fuori dalle forze naturali come un turacciolo da una bottiglia di soda-water. La regola è così formulata dall'Autore: *mentre la forza dovrebbe sempre esercitarsi con stretta attenzione alla direzione degli assi pelvici, la linea di trazione dovrebbe essere in una direzione corrispondente a quella della sutura sagittale, verso il lato dove si trova il fronte per la flessione, verso il lato dove si trova l'occipite per l'estensione.*

Rotazione all'avanti dell'occipite ed obliquità laterale della testa.

Per l'influeuza del pavimento pelvico la testa subisce altri due movimenti di rotazione. L'uno è rappresentato dalla rotazione dell'occipite all'avanti, ma inoltre la testa viene a giacere obliquamente nella pelvi ed il parietale posteriore si colloca più basso che l'anteriore. Questi due movimenti di rotazione hanno luogo insieme; l'ultimo è un importante componente del primo, e non possono essere trascurati in uno studio accurato e scientifico del meccanismo del parto e nell'applicazione del forcipe bisogna tenerne conto.

Ecco i punti principali su cui l'Autore vorrebbe richiamare l'attenzione a tale riguardo:

1° È impossibile che il capo esegua questi movimenti entro la solida stretta delle cucchiaje per cui il capo ed il forcipe fanno praticamente un'asta continua. Laonde, quando ha luogo la rotazione dell'occipite, la stretta dovrebb'essere così debole da essere compatibile coi movimenti del capo.

2° Nelle posizioni occipito-anteriori il movimento può essere compiuto con una flessione e con una laterale rotazione del forcipe senza trazione diretta.

3° Nelle posizioni occipito-posteriori il movimento di flessione solo dev'essere praticato finchè non si possa raggiungere la fontanella posteriore. La rotazione all'avanti dell'occipite può solo aver luogo con un'alta posizione della fronte; la pressione dal basso all'alto sulla fronte prima e durante la trazione può essere utile.

4° Quando la flessione è completa, si deve badare ai seguenti punti per compiere il movimento di rotazione all'avanti. La trazione dev'essere sufficiente e così diretta da portare l'osso frontale anteriore sotto l'influenza della parete pelvica anteriore. Nello stesso tempo si rota il forcipe sul suo asse, ed i manici si tirano leggermente verso il lato occupato dall'occipite, la stretta del capo dev'essere lieve in modo da permettere lo scorrere del capo tra le branche.

5° Nei casi semplici quando il forcipe è adoperato per l'inerzia uterina, si prova poca difficoltà nel produrre il normale movimento. Ma le difficoltà possono sorgere da altre cause, quali l'estensione del capo, il suo esagerato volume, ecc. In questi casi si troverà quanto sia essenziale ed utile il prestare attenzione alla flessione ed alla rotazione obliquo-laterale, laddove il tentativo di compiere il movimento mediante la semplice torsione del forcipe resta quasi certamente senza effetto.

Movimenti di rotazione attorno l'arco pubico.

Anche su questo punto, a dire dell'Autore, vi è mancanza di precisione scientifica nelle cognizioni comuni e conseguentemente nel modo comune di agire. In generale si ritiene che in tale periodo del parto la testa abbia la faccia rivolta alla concavità sacrale, che la testa ruoti facendo punto d'appoggio sull'arcata pubica, e che, adoperando il forcipe, i manici debbano descrivere accuratamente il circolo di Carus. Nessuna di queste nozioni è esatta. All'inizio di tale movimento, come regola, il lungo diametro del capo è nel diametro obliquo del distretto inferiore; la nuca non è applicata direttamente dietro il pube, ma ad uno dei rami ascendenti del pube, e la rivoluzione del capo ha luogo dapprima attorno ad esso. Il capo è inoltre obliquo lateralmente, una tuberosità parietale è più bassa che l'altra, e la sutura sagittale non corre direttamente all'indietro, ma obliquamente verso il legamento sacro-ischiatico. La fronte non è rivolta al sacro, ma preme su questo legamento ed è solo quando lo abbia superato, che la testa si avvicina alla linea mediana. Per cui oltre all'arco di cerchio nell'asse pelvico di cui l'arco pubico è il centro, havvi un altro movimento di rotazione, per cui il capo dalla sua posizione lateralmente obliqua tende a riguadagnare la sua posizione diretta o sinclitica.

La regola è perciò insufficiente quando prescrive all'azione di essere diretta solo secondo il circolo di Carus. Essa dovrebbe invece essere così formulata: mentre si portano i manici del forcipe all'avanti verso la fronte della madre, si dovrebbe impartire al forcipe un leggiero movimento di rotazione in modo da facilitare il passaggio della sutura sagittale dalla sua direzione obliqua ed una che più si approssimi a quella mediana.

Ciò nelle pelvi normali; che se la pelvi è ristretta, il bisogno dell'azione rotatoria del forcipe è più grande ancora e più frequente. In nessun campo meglio che in questo può essere dimostrata la fallacia del precetto che consiglia soltanto di tirare secondo l'asse. A persuaderci di ciò basta il pensare come e l'osservazione e l'esperimento ci insegnino entrambi come la testa non superi mai lo stretto superiore secondo il suo asse diretto, ma soltanto con movimenti di rotazione. Il modo d'azione e la direzione che deve essere data alla forza devono essere stabiliti nel caso concreto dall'accurata diagnosi della posizione del capo, dal grado di flessione o di estensione di essa, dal più profondo impegno di uno piuttosto che dell'altro parietale.

VIII. Priestley. — **On the induction of abortion as a therapeutic measure.** (*Sulla provocazione dell'aborto come mezzo terapeutico, pagina* 271-287.)

Lamenta l'Autore come le circostanze che giustificano l'aborto non sieno state ancora ben precisate e sieno tuttora indicate con formole molto vaghe, il che prescindendo dall'uso criminoso che se ne può fare, può indurre pratici onesti a provocarlo *bona fide,* in casi in cui non é punto indicato. Fra gli altri esempi cita quello di un medico che si indusse a provocare l'aborto per la tema che in un parto a termine si rompesse nuovamente il perineo, ristorato di recente dopo una lacerazione estesa che aveva subito in un primo parto laborioso. È su tale argomento ch'egli intende provocare la discussione della società. Quali sono le forme morbose che più d'ordinario si crede giustifichino la provocazione dell'aborto? L'Autore le riunisce e le studia sotto sette gruppi:

1° Una tale deformità pelvica da non permettere il passaggio di un feto vitabile. Il più piccolo diametro che ciò permetta fu calcolato a pollici due e tre quarti.

2° La stenosi del canale genitale per tumori o per cicatrici, che si suppone rendano impossibile il passaggio di un feto vitabile in un periodo più tardivo.

In questa classe di casi è necessaria una gran cura ed una gran pratica per non stimare più del necessario l'ammontare degli ostacoli. È sorprendente il numero e la portata degli spedienti della natura in simili casi. Nei casi di carcinoma esteso della cervice uterina e della vagina, egli opina doversi preferire il taglio cesareo, poichè conviene valutare di più gl'interessi del feto che non quelli della madre, già condannata a breve scadenza.

3° I vomiti incoercibili.

Egli mantiene questa indicazione ma prima si deve aver esaurito le numerose risorse dell'arte

4° L'eclampsia con o senza albuminuria, a cui applica la stessa considerazione che nel caso antecedente.

5° I casi di retroversione o retroflessione irriducibile quando vi sieno sintomi che minaccino i giorni della paziente.

6° La grave ed indomabile emorragia nei primi mesi della gravidanza, quando la vita della paziente ne sia minacciata.

7° Le acute e croniche malattie che diminuiscano o tolgano la probabilità di guarigione, se la gravidanza è lasciata andare a termine; possono appartenere ad esse certi casi di nefrite o sola o complicata con idrope, con retinite albuminurica, di vizi cardiaci, di corea, di mania. Ma prima di provocare l'aborto conviene avere una convinzione ben fondata che il rimedio proposto arresterà la malattia per la quale è prescritta.

Egli vorrebbe porre come regola generale che la provocazione dell'aborto non è un'operazione legittima *se non quando la vita della madre è così minacciata dalla continuazione della gravidanza che lo svuotamento dell'utero si presenta come l'unica alternativa per salvare la paziente.*

Il Presidente apre la discussione accennando alla grande importanza dell'argomento, e sperando su di esso un'animata discussione. Per un altro riguardo egli si congratula col proprio paese che la pratica dell'aborto criminoso non sia in esso così prevalente come in altre contrade, specialmente in America, ove essa sembra aver raggiunto delle proporzioni formidabili.

Barnes comincia col dire come non sianvi questioni in medicina, che più di questa importino considerazioni patologiche e morali. Ricorda come nel suo trattato egli insista sulla necessità di un consulto in simili casi, poichè due pratici difficilmente cospirano nell'errore o nel crimine. Egli respinge l'avviso di Simpson, che una donna già sottoposta alla craniotomia, non debba più essere liberata con tal mezzo in una nuova gravidanza e sottoposta invece ai pericoli del taglio cesareo, poichè la donna molte volte in simili casi non è un libero agente, e quindi noi non dobbiamo imporle alcuna penalità. Quanto alle indicazioni nei casi di albuminuria, egli stesso vide due casi di guarigione della concomitante retinite albuminurica, dopo la provocazione del parto, e quindi ritiene razionale tale indicazione. Quanto ai vomiti incoercibili, non crede doversi attendere poi troppo, affinchè poi la provocazione dell'aborto non riesca più in tempo a salvare la vita della paziente. Anche in certi casi di alienazione mentale egli crede razionale l'interruzione della gravidanza, sebbene la vita della paziente non ne sia messa in pericolo. Durante la gravidanza, egli conchiude, nell'alta tensione nervosa e vascolare, nell'alterato scambio materiale, noi abbiamo fattori genetici di malattie dei centri nervosi e dei reni, e nella cura della malattia, non sarebbe saggio il non aver riguardo alla causa.

Hickinbotham crede che un elemento di discussione possa essere fornito anche dal grado di pericolo di questa pratica ostetrica, e dimanda quali siano su tale proposito i risultati dell'esperienza di Priestley.

Murray pensa come la sifilide non debba essere trascurata come possibile indicazione di provocazione di aborto. Egli cita i casi di concepimento preceduto da sifilide secondaria o terziaria del marito, che col mezzo del feto inoculò anche la madre. Si domanda se un aborto provocato in un periodo precoce non potesse ciò prevenire e far sfuggire alla donna una successione di nascite di feti morti o sifilitici.

Hewitt concorda nei punti principali con Priestley. Egli vuol richiamare l'attenzione sopra una classe sola di casi, quelli cioè in cui la gravidanza produce una sì grande irritabilità del sistema nervoso da far supporre che il cervello voglia dar di volta. Egli fu consultato in un caso simile sulla opportunità di provocare l'aborto, ma uno dei fattori era evidentemente la deficienza di nutrimento, e rimediatosi a ciò, i sintomi migliorarono rapidamente.

Prendono in seguito la parola Roper, Edis, Cleveland, Malins, Hager, alcuno dei quali divaga sui mezzi più opportuni per provocarlo, ma in massima essi non dissentono dalle idee espresse dal relatore.

Dott. Luigi Mangiagalli.

VINCENZO BALOCCHI

La sera del 31 gennaio u. s. moriva per pneumonite il **Cav. Vincenzo Balocchi**, Prof. ordinario di Ostetricia presso l'Istituto Superiore di Firenze.

Nato ad Arezzo nel 1818 il Prof. **Vincenzo Balocchi** iniziò i suoi studii universitarii a Pisa e li compì a Firenze, ove conseguì nel 1840 la laurea in chirurgia, completata poi da quella in medicina, ottenuta nell'anno successivo. — Poco dopo, e per concorso, si guadagnava un posto di studio all'estero (fondazione Sabatini), sicchè, recatosi a Parigi, vi frequentava assiduamente, durante un quadriennio, le migliori cliniche ed in ispecial modo quella del Prof. Dubois, alle cui lezioni egli ripeteva con compiacimento d'aver appreso l'amore alle discipline Ostetriche. — Tornato a Firenze non gli si presentò subito la opportunità di percorrere la carriera dell'insegnamento, sicchè lo vediamo chirurgo di turno a Santa Maria Nuova fino al 1848, nel qual periodo di tempo però, affermava la sua vocazione ed il frutto dei suoi studii pubblicando il noto *Manuale di Ostetricia,* che venne ben presto dichiarato ufficialmente libro di testo per le alunne levatrici di Toscana. — Tale pubblicazione gli valse la nomina a Professore supplente alla Maternità e più tardi quella di Professore supplente ed Aiuto alla Clinica Ostetrica retta in allora dall'illustre Vannoni (1859-1866). Nel mentre copriva tali cariche il **Balocchi** dispiegò la maggiore operosità sia come scrittore, sia come insegnante, epperò si può ben dire che fin d'allora egli conquistasse un posto distinto fra i migliori ostetrici suoi contemporanei.

Le sue memorie sulla *Eclampsia,* sul *Parto prematuro,* sulla *Operazione cesarea* e sulla *Placenta previa,* specialmente se considerate in rapporto ai tempi in cui furono scritte, ed alle scarse produzioni scientifiche di quell'epoca, appaiono subito come degne del miglior elogio e vengono anche oggidì consultate con vantaggio da chi voglia arricchire la propria mente di documenti pratici, relativi ai varii subietti svolti dall'Autore.

Nè è a tacersi come intanto andasse sempre più rendendosi popolare il suo *Trattato,* il quale, essendo diventato poco

per volta il Manuale d'obbligo di buona parte delle Scuole Ostetriche d'Italia, conseguì l'onore di quattro successive edizioni, fortuna questa non troppo frequente a verificarsi per i lavori italiani in genere, e per quelli di medicina in ispecie.

Nell'anno 1871 il **Balocchi** era chiamato a succedere all'illustre Vannoni nel posto di Professore Ordinario di Ostetricia a Firenze, e da quell'epoca in poi egli consacrò tutta la sua attività al disimpegno del nuovo ed onorevole ufficio. Sempre primo ad arrivare in Clinica, e sempre ultimo a lasciarla, egli passava quivi le migliori ore della sua giornata, rinunciando a qualunque chiamata (fosse pur lucrosa) della clientela privata, ove questa lo avesse obbligato a disertare il suo posto nel tempo destinato all'insegnamento. Di parola facile ed elegante, non di rado condita da un certo *humour* tutto fiorentino e tutto di buona lega, egli sapeva intrattenere sempre viva l'attenzione degli uditori anche sugli argomenti didattici i più sterili, illustrandoli spesso colla citazione di opportuni casi pratici occorsi nella clinica o nel suo privato esercizio. Codesta fama di buon insegnante tramandata d'una in altra dalle varie generazioni mediche che si succedevano nella Scuola di Firenze, era motivo per cui le lezioni del Prof. **Balocchi** venivano sempre ascoltate da numerosa ed attenta scolaresca.

Nè meno abile riusciva l'egregio uomo nel dirigere la istruzione pratica al letto delle gravide, partorienti e puerpere; al qual proposito è bene notare come egli lasciasse volentieri da parte tutto quello che fosse puro lusso di erudizione scientifica per concentrare esclusivamente l'attenzione dei giovani sulle particolarità più importanti del caso in questione.

Tali particolarità egli amava raccogliere per la prima volta davanti agli studenti *(a caso vergine,* com'egli diceva) onde abituarli alle difficoltà non sempre lievi che s'incontrano nelle diagnosi ostetriche, e pur di conseguire codesto intento poco gl'importava di non fare di quelle cliniche così dette *brillanti* in cui il *caso* non diventa se non un pretesto ad una lezione già preparata nel silenzio del proprio gabinetto piuttostochè al letto del malato.

Nel campo pratico il Prof. **Balocchi** era un seguace convinto dell'ostetricia aspettante, sicchè non è a meravigliarsi, se negli ultimi anni non rimanesse un po' sconsolato nel vedere come la maggior parte delle altre Cliniche inclinasse ad un indirizzo più attivo. Non è qui il luogo di fare nè

l'apologia nè la critica di questa sua linea di condotta, solo ci preme di ricordare come a chiunque lo abbia visto alle prese colle più serie difficoltà operatorie non poteva nascere il dubbio che con una mano così abile egli rifugisse dal *fare* pel timore di *non far bene.*

Quattro anni or sono il Prof. **Balocchi** aveva avuto la soddisfazione di inaugurare l'anno scolastico nella Nuova Maternità, anzichè nella Vecchia Camera Ostetrica di Santa Maria Nuova, e chiunque abbia visitato il magnifico stabilimento, potrà comprendere quanto egli dovesse essere fiero di vedere finalmente compiuta un'opera alla quale consacrò per non pochi anni ogni sua cura, ogni suo pensiero. Pochi giorni prima di morire il povero Professore mi diceva di sentirsi invecchiato di molto, e null'altro sorridergli fuorchè il pensiero di dedicare gli ultimi suoi anni alle faccende domestiche e alle cure agricole delle quali era appassionatissimo. — Ed il riposo venne pur troppo, ma quanto diverso da quello invocato!.... E la scienza piange ora in Lui uno de' suoi più distinti culturi, e la famiglia e gli amici non si sono ancora riavuti della grave sciagura.

Dott. Grassi.

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Volume IV. Marzo-Aprile 1882 N. 3-4

ANNALI
DI
OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

NOTE CLINICHE
di Ginecologia, Pediatria, e degli usi terapeutici
DELL' JODOFORMIO

del Dottor OTTAVIANO MARCHIONNESCHI

Ajuto alla Clinica Ostetrica e alla Cattedra d'Ostetricia e dottrina delle malattie speciali delle donne e dei bambini
nella R. Università di Pisa

La signora L. A., nell'anno 1880 conducevasi qui in Pisa per essere curata d'una malattia che la tormentava da ben cinque anni. Insieme ad una rimarchevolissima emaciazione generale sussistevano molti e svariati fenomeni nervosi. Erano di quelli che se talvolta danno diritto ai profani della medicina od ai medici stessi di pronunziare la nebulosa ed elastica sentenza di « semplice mal di nervi, » sono pur troppo qualche altra volta l'espressione d'una irradiazione morbosa la cui fonte dovrebb'essere indagata con maggiore accuratezza. La signora L. era malata d'utero: a questa malattia associavasi una vaginite semplice che sempre rese molesto il coito e per qualche tempo ancora l'esame ginecologico. Un dolore cupo, profondo alla regione addominale e in ispecie in corrispondenza delle fosse iliache interne, crucciava spesso e assai vivamente l'inferma. Aggiungevasi a tutto ció una leucorrea copiosa, insistente, interrotta solo da abbondante flusso mestruale che spesso ripetevasi e durava oltre l'usato. Tutti questi disordini per l'epoca della loro comparsa si riannodavano ad alcune vicende dell'ultimo parto, succeduto cinque anni indietro. Da una

empirica, rozza e *punto saggia* donna che la pretendeva a levatrice, e s'impancava a farla anche da ostetrico, fu supposto non avvenuto il secondamento, che invece era già compiuto, e con lo scopo di asportare brani o residui di placenta immaginarii, furono operate intempestive, protratte e non innocue manovre. La paziente ricorda d'essersi sentita come strappare dentro e di avere contemporaneamente udito l'operatrice gridare trionfante al brillante ed insperato successo, intanto che portava via dei globarelli rossi, traendo in basso l'utero stesso il quale per sorte fu ridotto e poi lasciato in riposo.

La mia malata non sa precisare quale fosse l'andamento del puerperio: afferma però che da quel giorno su rammentato ebbe principio la iliade dei suoi mali, pei quali ora reclamava la cura dello specialista.

Inutile è il dire che la terapia fin allora consigliata ed esperimentata non aveva approdato a nulla. Iniezioni, bagni, pennellature esterne, tutto aveva senza prò e a più riprese provato. E non ostante fossero stati prescritti medicamenti per uso interno svariati e molteplici, la denutrizione dell'organismo era così inoltrata, flosci e pallidi fatti i tessuti, così importanti e numerosi i fenomeni generali, che niuno poteva levar di mente alla signora L. il timore di essere attaccata da affezione polmonare. Ed invero in quella fisonomia, in quei tratti del volto così significativi di interne, durevoli sofferenze, in quel corpo macilento e scolorato, a prima vista si parava il sospetto se non di una localizzazione morbosa polmonare, almeno di una neoplasia uterina gravissima.

L'esame ginecologico scoprì che lo stato morboso principale era proprio installato nell'organo uterino, escludendo affezioni eterologhe.

Il collo dell'utero più voluminoso del normale, la muccosa del muso di tinca e del contorno dell'orifizio, quella intra-cervicale eróse, la esistenza di minute ma numerosissime granulazioni che vedevansi pure nel canale cervicale, l'orifizio molto dilatato, erano a sufficienza per dimostrare una malattia vera e propria della località. I fenomeni generali e quelli che conobbi per l'esame interno, mi persuasero ad emettere la diagnosi di endometrite cronica a forma mista, cioè *catarrale* ed *emorragica*.

Le vegetazioni vascolari della porzione sotto-vaginale impiantate sulla mucosa estra-cervicale non erano che una continuazione delle endometriche consimili. Il catarro aveva pure due

punti di origine, poichè se eravene sulla superficie esterna del collo, si vedeva poi anche separatamente filare giù giù per l'orificio, discendendo manifestamente dall'alto.

Confermava molto bene e con giusta esattezza questa duplice derivazione o fonte della secrezione catarrale, la differente qualità e il diverso aspetto della secrezione medesima. Quindi possiamo aggiungere la ipertrofia dell'elemento glandulare in ambedue le sedi.

Questa endometrite catarrale ed emorragica era dunque l'unica e fondamentale malattia dalla quale derivavano tutte le manifestazioni nervose di cui tralasciamo la descrizione. Ci permettiamo solo a questo riguardo di osservare che ammettendo anche vi siano formidabili argomenti a sostegno di un isterismo maschile, non dovremmo cadere nell'eccesso opposto a quello dei nostri predecessori disconoscendo d'animo deliberato ogni sorgente uterina ad ogni disordine nervoso.

L'antica data del male, il grave stato dell'inferma mi fecero dapprima dubitare assai della riuscita: risoluto d'intraprendere una terapia diretta ed energica, mi affidai all'jodoformio da usarsi localmente ed ai preparati di china e di ferro per uso interno. Aveva avuto allora allora cognizione di alcuni sorprendenti risultati ottenuti dal Dott. De-Cristoforis, la mercè delle polverizzazioni endo-uterine di jodoformio. Senza ricorrere prima al raschiamento nè alla compressione delle vegetazioni vascolari mi proposi di attaccare la malattia con quest'ultimo e potente mezzo dell'jodoformio.

Feci preparare appositamente una soluzione d'jodoformio con la formula riportata dal Prof. Profeta nel suo *Decennio di clinica dermo-sifilopatica*. Detersa la superficie della porzione sotto-vaginale del collo per mezzo di fila asciutte, e data qualche pennellata della soluzione jodoformica così all'esterno, iniettava dipoi con adattata siringa una piccola quantità della soluzione suddetta. Ripeteva due volte e talora anche tre per settimana la stessa medicatura e spesso notava che durante la iniezione sorgevano contrazioni uterine che per solito respingevano al di fuori il liquido iniettato. Io tornava allora a rinnovare l'injezione per rendere così completa la medicatura. Diminuì ben presto la leucorrea, le vegetazioni si decolorarono, le depitelizzazioni si andarono riparando e poco a poco anche i disordini nervosi si allontanarono come i dolori prima sentiti in alto grado, si ammansirono. In capo

ad un mese, la muccosa estra-cervicale era quasi ricostituita in istato normale, non gocciava più sangue durante l'immissione della piccola siringa nella cavità uterina; la vaginite era debellata.

Passarono circa altri quaranta giorni, dopo i quali le condizioni generali dell'organismo di questa malata si cambiarono in modo soddisfacentissimo; il colore, la tonicità dei tessuti, la nutrizione loro guadagnò ogni giorno più; i mestrui incominciarono ad apparire a regolari intervalli, si ordinarono per la qualità e quantità, l'endometrite grado a grado fu totalmente vinta e la signora L. potè partire guarita.

Ulteriori notizie inviatemi per lettera dalla stessa malata m'informarono sulla stabilità della guarigione. Riporto un breve squarcio della lettera cui alludo, sicuro di non uscire dal terreno scientifico, poichè vi è anche adoprato un linguaggio medico vero e proprio. Ella dunque circa un anno dopo la sua partenza mi scriveva:

« Il suo jodoformio fu il mio balsamo salutare. Terminata la cura, per quasi due mesi mi seguitò quel dolorino uggioso allo addome, ma molto più leggero; diveniva solo più intenso all'avvicinarsi delle regole mensili: queste si succedettero la prima e la seconda a venticinque giorni di distanza, la terza dopo ventisette. Intanto l'indebolimento del ventre si allontanava per dar luogo a vomiti, ad alterazione delle funzioni digestive ed altri segni razionali di gravidanza. »

Niuna recidiva, adunque, e per di più la gravidanza dopo cinque anni di sterilità, certamente dovuta alle mutate condizioni dell'organo della gestazione, il quale ora perchè riportato nel suo normale stato, unicamente per questo riprendeva la propria attitudine nell'esercizio della funzione cui è principalmente destinato.

A questa storia ho da aggiungerne altre tre sulla malattia medesima: in due di queste ultime però avevasi molto ben distinta la forma catarrale, nella terza i sintomi prevalenti erano quelli dell'endometrite emorragica.

In tutti e tre mi attenni all'uso dell'jodoformio.

Nella signora G., che presentava la forma catarrale, mi servii delle polverizzazioni; nella signora A. G., pur essa affetta da endometrite catarrale, di polverizzazioni e iniezioni endo-uterine, e tanto in questa come in altra, certa A. F., a quei mezzi unii l'ap-

plicazione di cilindretti jodoformici e di tamponi imbevuti della ricordata soluzione. Faceva penetrare nel canale cervicale un piccolo cilindro medicamentoso, ne assicurava la permanenza in sito con tampone vaginale; talora poneva solamente quest'ultimo impregnato della soluzione jodoformica. Rade, piccole e poco sviluppate essendo le vegetazioni vascolari nella seconda malata, A. G., ben presto giunsi a toglierle la mercè di ripetute medicature. Anche in questa signora (forma catarrale), condotta che fu la cura a buon porto, si ebbe la gravidanza, mentre dopo i primi due parti andati felicemente a termine, parti che rimontavano all'epoca di cinque o sei anni indietro, eravi stata sempre spontanea interruzione della gravidanza, ora a quaranta giorni ed ora a due mesi dal concepimento.

A questo proposito però mi sento in dovere di confessare che non lasciai qui di instituire contemporaneamente alla cura della endometrite catarrale una rigorosa profilassi anti-abortiva ed in altro mio lavoro dirò come e per quali mezzi la compiei.

Facile, pronto ancor maggiormente fu il successo della cura nella prima malata (signora L. G.), nella quale la endometrite catarrale non datava da molto tempo e neppure era intensissima. Mi consta ancora che non si è manifestata recidiva alcuna.

Ma nell'ultima endometrite, quella della ricordata A. F, la forma emorragica non era punto lieve e le menorragie più d'una volta ne misero in grave pericolo la esistenza. Ricordo d'essere stato chiamato in grande fretta per emorragie imponentissime sopraggiunte tre volte in tre diverse epoche menstruali, e di aver notato troppo breve il periodo intermestruale stesso. La mia prima impressione, a dire il vero, fu che questa malata non arrivasse in tempo a fare la cura, tanto era emaciata, debole, anemica, e così copioso mostravasi il flusso sanguigno. Occorsero molte ma molte medicature jodoformiche prima di vedere tenersi a più giusta distanza fra loro i periodi menstruali e prima ancora di avere la cicatrizzazione, la riparazione della mucosa extra-cervicale depilizzata, nonchè la distruzione delle granulazioni ammassate e raccolte su uno dei labbri del collo uterino.

Finalmente insistendo sempre ed inspirandoci sempre più fiducia il medicamento cui già si la malata che io potevamo avere una qualche riconoscenza, si finì con guadagnare la causa, cessarono le emorragie mestruali, dileguaronsi adagio adagio i sintomi della endometrite e si potè cominciare a contare in una guarigione.

Trascorsero alcuni mesi di benessere, non troppo sperato dapprima, ma non mancò poco dopo una recidiva che l'inferma conviene di dovere alla trascuranza dei consigli e dei precetti a lei tanto caldamente raccomandati.

Fu rincominciata la cura, e questa volta temei ancora più che l'jodoformio non bastasse allo intento e mi diedi a praticare cauterizzazioni con nitrato d'argento ora solido, ora in soluzione assai concentrata. Dopo più di un mese non appariva benefizio di sorta, anzi eravamo daccapo con le pericolose menorragie. Allora ripresi nuovamente ad esperimentare l'jodoformio. Bastarono poche medicature, che questa volta praticai anche un po' diversamente, per averne subito un miglioramento. Continuando in questo con lo spesseggiare delle medicature, siamo pervenuti ad un esito il quale ci tranquillizza sulla guarigione più completa.

Annotazioni e riflessioni cliniche.

La ricca bibliografia (1) dell'jodoformio ne dice le molteplici applicazioni terapeutiche che si sono fatte di questo medicamento, e per fortuna in un buon numero di esse ne risultò quanto mai evidente un'azione benefica e interamente curativa. Fra queste devono ormai essere comprese l'endometrite ed alcune altre malattie uterine. Kirsch lo esperimentò utile, oltre che nei casi di metrite cronica, contro la quale anche il Mangiagalli l'aveva usato, nella perimetrite, nell'ulcerazione, nell'ipertrofia del collo uterino, nella peritonite e pelvi peritonite cronica. Si servì di tamponi vaginali e di frizioni sul ventre ed agli inguini. Constatò che l'jodio com-

---

(1) Eugenio Franchini. *Di vari agenti anestesici e specialmente dell'jodoformio.* Torino, 1858.

Voelker. *De l'jodoforme dans le cancer ulceré de l'uterus.* (*Journ. de Pharm.*, 1868).

Demarquay. *Sull'applicazione dell'jodoformio alla cura del cancro dell'utero e alle malattie della vescica e della prostata.* (*Bullet. de thérap.*, 1867.)

Righini. *Jodoformognosie.* Trad. dal Dott. Janssen. Bruxelles, 1863.

Cianciosi. *L'jodoformio e l'acido fenico.* Bologna, 1869.

De-Cristoforis. *L'jodoformio in confronto cogli astringenti e con i cauterizzanti nella medicatura endo-uterina.* Milano, 1879.

Moleschott. *Utilità dell'jodoformio in molte malattie.* (*Giornale della R. Accademia di Torino,* 1878.)

Oberlander. *Fenomeni gravi di narcotismo per l'uso interno dell'jodoformio.* (*Sperimentale,* 1879.)

pariva nell'orina delle ammalate dopo quarantott'ore, con lenta eliminazione dall'organismo; lo disse fondente ed anestesico, meno irritante della tintura di jodio. Mangiagalli e De-Cristoforis furono dei primi a impiegarlo nella terapia uterina, ed i loro risultati vanno fra i più soddisfacenti. Negli ingorghi glandulari, nelle ferite fu pure con ragione raccomandato (Cianciosi, Moleschott, Lupò). Entrò anche nella terapia oculare e fe' buone prove nelle mani del Prof. Ravà e di altri, segnatamente in dermatologia e sifilografia e più ancora in quest'ultima (Tanturri, Glower, Profeta, Ignard, Besnier, D'Amico, ecc., Labarthe, Kennedy, ecc.). Parona lo adoperò contro le ragadi anali, ed il Tarnier contro quelle della mammella. In conclusione si può dire che le specialità chirurgiche l'abbiano già più largamente utilizzato; non mancano però osservazioni cliniche terapeutiche importanti e proficue anche in medicina, tutte ed esclusivamente fondate sulle amministrazioni dell'jodoformio. Ricordammo già gli ingorghi glandulari; possiamo aggiungere che l'jodoformio fu tentato con qualche vantaggio anche nella cura della gotta, nelle gastralgie, nell'idrocefalo acuto (Moleschott) e nei vizi cardiaci, nei quali questo autore inclinerebbe a sostituirlo alla digitale, e in altre affezioni che non è qui il luogo di ricordare per esteso, come nella verminazione (Sim), nella tubercolosi (Bufalini G), ecc., ecc.

Da tutte queste svariate applicazioni occorre ora dedurre le azioni principali del rimedio in discorso. Ci tratteniamo più che

---

Kunz D. *Jodoformio nell'orchite e nelle adeniti strumose.* (*Journ. de therap.*, janvier, 1880.)

Wilson. *Jodoformio nel catarro nasale e nella cura delle piaghe.* (*Imparziale*, 1880.)

Moleschott. *Jodoformio come anestesico locale.*

Mangiagalli. *Dell'jodoformio nella metrite cronica.*

Michulix. *Jodoformio nella medicatura delle piaghe.* (*Bull. scienze mediche*, Bologna, 1881.)

Windelschmeied. *Jodoformio contro le convulsioni dei bambini.* (*Journ. de therap.*, 1882.)

Sim D. *Jodoformio come vermifugo.* (*Journ. de therap.*, 1881.)

D.r Schiffers. *De l'jodoforme considerè comme moyen therapeutique.* Liège, 1880.

Kirsch. *Emploi de l'jodoforme en gynecologie.*

D. Z. Aphel. *Jodoformio.* (Giorn. *L'Indipendente*, 1881.)

Leoschin. *Il jodoformio nell'ovariotomia.* (*Centralb. f. Chirurgie.*)

Si tralascia la bibliografia che non ha attinenza con la ginecologia e pediatria.

altro su quelle più costantemente verificate e nelle quali un buon numero degli osservatori è concorde.

Il Righini per il primo caratterizzò i vari modi d'azione propria dell'jodoformio. Fin dal 1863 mise in evidenza che l'jodoformio era torpente, anestesico, antiseptico, disinfettante.

« Questo medicamento aumenta la secrezione del fegato, del pancreas, delle glandole salivari, dei reni, non produce dimagramento, non irrita la lingua nè l'esofago, nè la glandola mammaria, *favorisce la mestruazione*. Preso internamente si combina in parte con le sostanze proteiche e forma degli albuminati solubili; inspirato in vapori produce una specie di esilarazione analoga a quella del protossido d'azoto. Può essere dato con vantaggio nella scrofola, dismenorrea, amenorrea, impotenza, ozena; agisce come fondente (1). »

Petiteau (These de Paris, 1871) attribuisce all'jodoformio l'azione cicatrizzante dovuta allo stato polverulento e quindi all'essere un essicativo; e l'azione eccitante poi per l'jodio che ne è parte integrale.

Il Moleschott ci assicurò dell'jodoformio l'azione solvente, fondente e modificatrice per cui si ha l'*assorbimento degli elementi formativi e delle raccolte trasudate.*

Dal Billroth è stato preconizzato quale ottimo sostituto dell'acido fenico nell'antisepsi chirurgica, e come tale è dal medesimo adoperato continuamente.

L'jodoformio, anche secondo il De-Cristoforis, agirebbe come solvente sull'apparecchio ghiandolare ed inoltre, secondo il medesimo autore, godrebbe la proprietà di essere coartante e cicatrizzante.

L'jodoformio ha un difetto, quello del suo odore penetrante, disgustevole per molti.

Per agevolare la diffusione di questo medicamento si pensò di modificare e possibilmente di togliere questo cattivo odore, pel quale non è tanto facilmente accettato dagli ammalati e dalle ammalate poi in ispecie.

I migliori espedienti si riconobbero nell'olio etereo di fava tonka,

---

(1) Alcune di queste notizie io tolsi dalle lezioni inedite dell'illustre professore cav. O. Bacchetti, il quale cortesemente mi concesse di consultarle a tutto mio agio. Ritengo di aver fatto cosa utile a pubblicarle, e me ne conforta il bel nome e la dottrina del prof. di materia medica della R. Università di Pisa.

nel balsamo del Perù, nella tintura di muschio, tintura di mirra, polvere di menta.

Riassumendo le opinioni sopra enunciate, l'jodoformio possederebbe molte e varie virtù terapeutiche, così la solvente e fondente, l'anestesica o torpente, la coartante o cicatrizzante, infine l'antiseptica o disinfettante. Ma è proprio reale tutto questo potere terapeutico?! Non parrebbe esso troppo vario, troppo esteso per essere anche propriamente vero?

Tutte queste azioni modificatrici ei le possiede in verità, e noi ci proponemmo di dimostrarlo anche una volta esponendo fin da principio alcuni casi clinici trattati con l'jodoformio, ed esaminandoli ora dal lato delle risultanze terapeutiche ottenute. Fu anche nostra speciale mira di analizzare uno ad uno questi risultati per determinare le diverse modalità d'azione spiegate dall'jodoformio e ci ponemmo pure a cercare se per caso ci si parasse dinanzi una qualche virtù sua d'importanza eguale o maggiore a quelle fin a qui ben note. Queste riflessioni e considerazioni le innestammo ad altre relative alla endometrite, per cui ora è giuocoforza il premettere alcuni cenni su questa affezione morbosa con il nome della quale vanno contrassegnati i fatti clinici di cui abbozzammo un po' di storia.

L'endometrite cronica è malattia che s'incontra molto frequentemente: due forme se ne distinguono e sono la catarrale e la emorragica. Quando diciamo endometrite catarrale, come anche emorragica, adoperiamo una giusta e ragionata denominazione e non si comprende perchè il Courty non voglia adottarla e dichiari in proposito che non si deve confondere il catarro con la infiammazione.

Il Pajot gli obbietta molto a ragione che osservando le infiammazioni delle altre muccose dell'organismo, vi si ritrova quello che nella mucosa dell'utero si manifesta. O non abbiamo la bronchite catarrale, la laringite catarrale, ecc., ecc.? Dunque un'infiammazione delle mucose che porta il catarro, esiste; è vero, verissimo che un tal genere d'infiammazione non possede i caratteri della flogosi genuina, franca; pure resta sempre un fatto accertato, e cioè che le infiammazioni di media intensità sono le più ordinarie, e che il loro tipo più solito e comune non è che la forma catarrale. Queste idee del Pajot meritano di essere universalmente accettate.

De-Cristoforis, nel suo pregevole trattato delle malattie delle

donne, all'articolo della endometrite mostra di concordare pienamente con il Pajot, ed anch'esso tiene assai conto di una forma comunissima dell'endometrite ed insiste a designarla col nome di *catarrale.*

È proprio contro questo speciale stato morboso che l'jodoformio si è mostrato a noi più prontamente utile. Difatti, nei casi di sopra in succinto narrati, gli esiti delle malate di *endometrite catarrale* son là per attestarlo: di buon'ora, e l'ammalata ed il curante incominciarono ad accorgersi del buon esito che si andava preparando, e bastò a questo la metà del tempo impiegato dalle altre sostanze per giungere al termine della cura. La guarigione fu puranche più radicale.

Noi siamo in grado di affermarlo recisamente, poichè sì nell'una come nell'altra forma fu tenuto uguale metodo di cura, la stessa distanza di tempo fra le medicature, lo stesso esclusivismo di medicamento; quindi il paragone è ben instituito, pari essendo le circostanze, le condizioni dalle due parti, tanto più che per la specie emorragica nessun altro medicamento curativo fu posto in opera.

Nei due casi a forma emorragica, oltre la maggior durata che esige la cura, sul principio notai pure una guarigione temporaria e più la necessità di impiegare l'jodoformio sotto diversi modi di preparazione prima di conseguire un qualche beneficio. Ciò non ostante, il successo infine non mancò ed anzi fu tale da meritare certamente considerazione. Infatti, io non mi giovai neppure della semplice compressione con le spugne preparate, e così potei giudicare in tutto il loro potere le virtù terapeutiche dell'jodoformio.

Le granulazioni trattate unicamente con questo mezzo, ch'io applicava ripetutamente ed energicamente, vidi da prima farsi meno voluminose, poi più depresse, allivellarsi alla superficie della mucosa ed infine scomparire. Se infine si ottenne la guarigione anche nella forma emorragica, senza l'aiuto del raschiamento o della compressione sulle vegetazioni, io devo attribuire all'jodoformio un'azione più potente di quelle fin qui riconosciutegli, l'azione *distruttiva delle granulazioni stesse.* Forse toccai questa meta in grazia della generosità delle dosi e per la insistenza sull'uso del solo jodoformio. Dopo ciò sarà permesso di mettere da parte in queste cure gli altri due potenti mezzi del raschiamento e della compressione?

Allorchè le vegetazioni non siano di esagerato volume, nè pren-

dano troppa grande estensione, nè siano soverchiamente numerose, io inclino a credere che sì.

Posso anche convalidare l'opinione del De-Cristoforis, facendo merito della cessazione della leucorrea nella prima specie d'endometrite indubitabilmente all'azione solvente dell'jodoformio sull' apparato ghiandolare. La prova la possiedo nel fatto dell'avere tenuto le medicazioni jodoformiche a distanze uguali a quelle da me per solito fissate impiegando altri medicamenti, i quali in tale affezione lasciavano pur sempre, come si dice, il tempo che trovavano.

Inoltre osservai primieramente diminuire le menorragie, poi allontanarsi la perdita sanguigna intermestruale, comparendo più di rado; infine volta a volta posticiparsi sempre di qualche poco la mestruazione; quest'ultima particolarità non sono solo ad averla osservata, la notò pure il De-Cristoforis.

Riconosco all'jodoformio una proprietà stittica astringente e (come giustamente la pensa il De-Cristoforis) che al pari dell'jodio esso forse possa vantare un'azione specifica ipotrofica sull'apparato ghiandolare dell'ovaia, infievolendo la funzione ooforica e ponendo ritardo all'iperemia periodica. È perciò che non potrei condividere l'opinione di coloro i quali nel medicamento in discorso vedrebbero quasi un emenagogo.

Altro effetto dell'jodoformio (facile a constatarsi) fu nelle varie applicazioni che ne feci, quello di attutire la sensibilità delle parti e di permettere meglio le successive introduzioni dello speculum non che di altri instrumenti. In alcuni casi, che qui non riporto perchè sottoposti a cure miste, più volte mi sentii raccomandare di sospendere l'uso di altre sostanze medicamentose e domandare dalle stesse malate di ritornare all'jodoformio. Preferivano questo perchè meno molesto e lo preferivano anche malgrado il suo sgradevole odore.

Sulle escoriazioni, sulle depitelizzazioni e leggere ulcerazioni della mucosa agì come cicatrizzante, come riparatore pronto ed efficace, non che come anestesico.

Tirando ora le somme, dopo avere ripassate le varie e molteplici considerazioni che via via ebbi motivo di fare, ho da concludere che nell'jodoformio ugualmente che in altri mezzi terapeutici si deve ammettere un'azione *generale*, *locale*, *elettiva* e *tossica*.

Prendendo qui unicamente di mira l'uso ginecologico del me-

dicamento affermo che l'jodoformio spiega un'azione *generale* simile a quella dell'jodio, *localmente* opera come *anestesico* o calmante, come *fondente* o solvente come coartante astringente e *cicatrizzante*, e più, *atrofizzante* e disinfettante.

La sua azione *elettiva* si palesa sull'apparato ghiandolare, la tossica è quella degli anestesici.

Spigolando nel campo di quei concisi cenni storici sulle endometriti da me curate, m'imbattei in taluni particolari clinici che non credo ozioso prendere a soggetto di brevi considerazioni.

1. Una delle malate d'endometrite interrogata da me sull'epoca della mestruazione, sul corso, sulla durata, sulla quantità, dopo avermi dato le notizie necessarie a caratterizzare l'andamento di questa funzione mi pressava per la spiegazione di un fenomeno che sapeva non avvertito da altre donne.

All'avvicinarsi della mestruazione le si fissava nel naso l'odore nauseante e penetrantissimo della mestruazione stessa continuandole fino al giorno che il sangue incominciasse a fluire dai genitali e talora persistendo anche più oltre.

Ogni mese ella era in grado di determinare innanzi tempo il giorno che le sarebbe comparso il sangue mestruo, e quello che è più strano una tale sensazione olfattiva ripetevasi in lei anche durante la gestazione. Così che le riusciva facilissimo l'indicare il prossimo principiare dei mesi che si succedevano, e ripeteva allora quella frase che va per la bocca del popolo, annunziandomi *un entratura di mese*. Come darne la spiegazione? Se nel tempo dell'attivo esercizio funzionale dell'utero vacuo, per soverchia secrezione delle mucose dei genitali (anche prima del flusso sanguigno) si potesse di quella precoce emanazione odorifera del mestruo trovare una qualche plausibile ragione, io penso che sia ardua cosa il congetturarne pure una mezza a spiegarci quel fenomeno anche durante la gravidanza.

Se può giovare all'interpretazione delle cause di questo odore quando l'utero è in stato di vacuità, aggiungerò che in questa signora esisteva una eruzione di minutissimi follicoli rossi lungo la mucosa faringea e nasale e conseguentemente a quella eransi prodotte in chiazze molto circoscritte, alcune lievi depitelizzazioni delle mucose stesse.

Io mi sarei facilmente resa ragione dei fenomeni se l'impressione olfattiva non fosse stata definita *precisamente uguale* a quella che produce il sangue mestruo e se fosse stata avvertita sola-

mente durante la mestruazione e non innanzi a questa. Sappiamo infatti dal Lussana che la donna nel tempo dei mestrui, tra i varii fenomeni che presenta, ha talora pur quello di una traspirazione che dà un odore speciale. Ma volendo pure far servire a qualche cosa questa nozione fisiologica, diciamo che sebbene il fenomeno notato dal Lussana non sia al caso di costituire da per sè stesso la ragione, la causa del fatto or ora enunciato pure potremmo dietro a ciò pensare che qualche volta la funzionalità della cute si variasse per modo da originare emanazioni odorose analoghe a quelle del sangue mestruo, fino dai primi momenti che si sta preparando questo flusso utero-vaginale.

L'evacuazione sanguigna mestruale è preceduta da ipersecrezione mucosa dei genitali; questo mucco più copioso del solito ha un colorito più scuro, possiede infine qualità diverse da quello di altri momenti. Il mucco utero-vaginale acquista, un giorno o due innanzi il fluire delle purghe mensili, quell'odore *sui generis* che lo distingue dalle secrezioni e dal sangue di altre epoche. In altre mucose (per es. in quella delle narici), in specie se in stato patologico come nel nostro caso, potrebbe stabilirsi una iperemia cui conseguisse secrezione di mucco ragguardevole e con essa si avessero i cambiamenti speciali al mucco utero-vaginale?!

E non attentiamoci a voler dire più oltre per non stare a perderci in ipotesi tanto strane quanto difficili anche a maturarsi.

L'odore poi di sangue menstruo che si riaffacciava ogni mese non ostante fosse cessata la menstruazione ed avanzasse la gravidanza, lo dicemmo già, è anche più incomprensibile. Pure il sangue subisce nella mestruazione cambiamenti tali che per mutata composizione viene a diversificare nell'odore suo proprio, ma ammesse le modificazioni nel composto sanguigno e nella secrezione mucosa per dato e fatto della funzione mestruale, è egli a supporsi che allorchè questa difetti come nel caso di gravidanza allora il muco soltanto pur non ostante segua esso solo le sue metamorfosi ed assuma così un odore simile a quello della menstruazione stessa?! e un odore molto congenere a questo si emani da altre mucose che si trovino per condizioni patologiche in uno stato notevole d'iperemia?!

O piuttosto questo odore di sangue menstruo costantemente e periodicamente annunziato dalla donna in prossimità delle regole senza avvicinare minimamente (con l'organo dell'olfatto) la località di dove suol provenire all'epoche dei catamenii nè oggetti

che vi fossero stati in contatto, sarebbe per caso a intendersi come un effetto delle tante azioni reflesse non difficili a palesarsi nella donna e ammissibilissime in questa che per soprappiù era anche isterica?

Dopo avere fra me e me discusse varie ed intrigate ipotesi, dopo avere messo insieme quelle poche e grame congetture su espresse, mi rivolsi al Prof. Luciani ed all'Illustr. Prof. Minati, Loro ripetendo il difficile quesito per averne alla scientifica soluzione.

Ambedue gentilmente corrisposero al mio desiderio ed oggi sono lieto di potere riportare in questo mio scritto le loro interessanti opinioni, intanto che faccio ai medesimi i più sentiti ringraziamenti.

Il Prof. Minati ritenne che quell'odore derivasse dal mucco del canal cervicale, mucco cui è dovuta la non coagulabilità del sangue mestruo e di cui si ha una produzione incessante, continuando perfino negli uteri conservati sotto l'alcool, e che può essere più copiosamente segregato nel periodo dei catamenii e in corrispondenti epoche durante la gravidanza.

Il Prof. Luciani, dal Laboratorio di Fisiologia del R. Istituto Superiore di Firenze, mi dirigeva una sua cortese e dotta letterina che io trascrivo qui per intiero.

« Il fenomeno da Lei rilevato nella signora di cui mi parla è, a mio credere uno di quei tanti che la scienza attuale non può spiegare, ma soltanto *definire*. In questo senso mi sembra ovvio il considerare il fenomeno come un'allucinazione olfattiva, che non ha nulla di strano, se si eccettui la sua molto minore frequenza rispetto alle analoghe allucinazioni del senso visivo e uditivo che campeggiano su larga scala negli inquilini dei manicomi. Nel suo caso il fenomeno precorre un fatto fisiologico reale, la mestruazione, per cui sembra perdere in parte il carattere di falsa percezione, che è proprio delle allucinazioni. Ma di ciò ci possiamo render conto facilmente sia pensando allo stato di ipereccitabilità in cui entrano periodicamente le isteriche, per cui molte soffrono di accessi convulsivi ed anche maniaci ad ogni ricorrenza mestruale, sia pensando al lavorio preparatorio della mestruazione che si compie nell'utero e nell'ovaia, capace di destare nelle isteriche ed in ragione del loro eretismo nervoso delle sensazioni interne che poi, per un processo di associazione, suscitano le allucinazioni olfattive. La riprova d'altronde che trattasi veramente di una forma speciale di allucinazione sta nel fatto che il fenomeno

ha luogo anche durante la gravidanza, quando cioè non hanno più luogo i flussi catameniali. »

Non potei verificare da me stesso nè al tempo epportuno far constatare alla signora A. G. se ogni tanti giorni il mucco fluisse più in copia dai genitali e *mancasse realmente dell' odore caratteristico della menstruazione*, tanto nettamente da essa avvertito senza appressarsi alla sede della secrezione nè alle vesti che vi si trovano in contatto; e neppure mi fu possibile accertarmi se al contrario *quel mucco possedesse davvero l'odore suddetto*. Uno di questi due dati sarebbe stato da tanto da sciogliere definitivamente il problema, poichè acquistata una di queste sicure nozioni o ne sarebbe discesa naturalissima conseguenza la prova provata d'una allucinazione vera e propria in una isterica non difficilissima, o quella d'una percezione olfattiva reale dell' odore d'una secrezione, da rendersi molto facilmente avvertibile, sia per l'intensità dell'emanazione odorifera, sia per la squisita sensibilità di quell'organo olfattivo.

2. Abbiamo veduto che in una delle malate su ricordate vi fu la coincidenza della gestazione con il cessare della leucorrea. In due altre mie clienti ottenni esito uguale dalla cura radicale della leucorrea: una di queste portava tale affezione da ben cinque anni: opportunamente trattata con medicatura locale (non con l'jodoformio che allora non aveva per anco esperimentato) rimase prontamente incinta.

Non è un fatto nuovo cotesto, ed il Pajot, il Sims ed altri ce ne fecero conoscere già alcuni esempi, ma non diviene perciò meno importante lo studiarlo ancora.

Lo stato catarrale dei genitali può considerarsi una *causa di sterilità?*

La risposta dovendo essere senza alcun dubbio affermativa, vediamo in qual modo si giunga alla diagnosi di sterilità conseguente al catarro e come questo si costituisca vero e proprio ostacolo alla fecondazione.

Se si eccettuano i vizi di conformazione di cui è la sterilità imprescindibile e fatale conseguenza, talora dessa è occasione di giudizi assoluti i quali poi non trovano corrispondenza nei fatti ultimi. Accade in vero che dichiarata sterile una donna così perchè insieme alla mancanza dei figli ha coesistito un qualche sintomo di affezione uterina, ella un giorno divenga incinta non ostante la permanenza di quel sintomo istesso. La facilità dell' errore

giustifica ogni minuziosa indagine diretta a stabilire se il difetto di prole è propriamente legato a qualche fatto morboso noto come elemento causale di sterilità e più ancora dà ragione a ricercare la qualità dell'elemento che ostacola la fecondazione. Di qui scaturisce ad evidenza una distinzione di cause assolute, di cause sospette, non certissime (apparenze causali), di cause permanenti e di cause passeggiere, di cause gravi e di cause leggere, di cause vincibili e di cause insuperabili.

Esistono alcuni stati morbosi congeniti ed avventizi (vizi di conformazione, demolizioni di parti, ecc.), pei quali è assolutamente impossibile la fecondazione e su questi è inutile il fermarsi poichè la sola inspezione e un esame regolarmente istituito bastano alla diagnosi.

Ma venendo alle cause ordinarie e alle cause suscettibili di cura notiamo che l'esame ginecologico talora ci fa trovare la causa della sterilità in una versione od in una flessione uterina; ma con la deviazione dell'utero anche un particolare stato dei cul di sacco vaginali.

Il Pajot illustrò quest'ultima condizione etiologica con descrizioni dettagliate e con fatti clinici interessanti. Chiamò *fausses routes vaginales* lo ampliamento, lo sviluppo d'uno dei cul di sacco vaginali coesistente con una deviazione uterina e sostenne che talvolta la *fausse route est le pied-à-terre habituel du mari.* E la ragione della sterilità inerente a questo stato d'uno dei seni vaginali il Pajot ce la compendia nelle frasi eleganti ed espressive che seguono.

« Or comme tous les hommes du mond avouent que, poussés » par le désir d'avoir un enfant, ils portent leurs voeux aussi » loin que possible, avec le pensée de les realiser plus sûrement, » presque tous *dépassent le but sans l'atteindre.* »

In genere si può dire che sono cause di sterilità nella donna, malattie del generale organismo, o malattie uterine (e suoi annessi) e la sterilità si verifica per la forma, per il grado d'apertura dell'orifizio uterino, per la posizione sua e per i rapporti che tiene col canale vaginale. E da ciò si deduce che quasi tutte le malattie che cagionano la sterilità, lo fanno direttamente quando proprio in esse sta l'ostacolo meccanico della fecondazione o indirettamente quando per la malattia uterina sono create, prodotte condizioni che impediscono la fecondazione.

Esaminiamo la leucorrea come elemento causale della sterilità

e ce ne persuaderemo subito. È necessario avvertire che il catarro ora è da solo l'impedimento alla fecondazione ed ora invece non rappresenta che un elemento concausale che aggiunge forza ad altri prima, e più attivamente entrati in azione. Il catarro occasionerà la sterilità direttamente e dannosamente influenzando l'umore spermatico o la occasionerà indirettamente impedendo la progressione di questo per le vie ch'è destinato a percorrere e che pur sarebbero beanti e capaci di riceverlo e di favorirne anche più oltre il cammino.

Lasciando un momento di considerare la via più o meno diretta colla quale la leucorrea perviene a portare la sterilità, occupiamoci di definire questa modalità d'azione.

Il catarro diviene causa di sterilità in più maniere. Serve d'ostacolo alla fecondazione perchè fa da tappo otturatore all'orifizio del collo, e quindi è come se quest'orifizio mancasse, od anche perchè involge, avviluppa, invischia i nemaspermi per guisa da privarli della mobilità del loro ciglio vibratile, come annulla, stratificandosi alto nella mucosa, il movimento delle ciglia nell'epitelio delle mucose genitali medesime, due fattori (quei movimenti) indispensabili alla traslocazione dei nemaspermi.

Il Courty parla di un'altra modalità sterilizzante propria al catarro copioso, ritenendo che per la soverchia quantità o scorrevolezza sia capace di trascinare all'esterno lo sperma. A me sembra che questa interpretazione etiologica non regga; ed infatti il liquido catarrale sia pur copioso e scorrevole può trovarsi situato nel canale vaginale, nelle pieghe, nei seni in guisa che la sua uscita al di fuori non abbia a succedere con tanta facilità o almeno non tanto prontamente nè in così grande copia da asportare intieramente l'umore fecondante: questo poi, se il catarro è molto sciolto, nell'eiaculazione, potrà meno difficilmente essere spinto oltre e non sarà impedito di aderire a qualche punto della mucosa extra-cervicale in vicinanza dell'orifizio o ai contorni di questo, come anche per la spinta che ha a tergo non riuscirà troppo facile il farlo indietreggiare.

Allorchè le secrezioni dei genitali sono soverchiamente acide, gli spermatozoi, avverte il Sims, se ne muoiono; ecco un'azione chimica, ecco un altro modo di condurre alla sterilità. Anzi in questo caso non occorre la copia, la densità del catarro per isterilire un coito. Il Courty vorrebbe che anche l'eccessiva alcalinità del solo muco uterino paralizzasse i nemaspermi: ciò però non è

provato; anzi si ritiene che l'alcalinità del secreto dei genitali sia omogenea non solo ma favorevole alla più energica vitalità degli spermatozoi. Il medesimo ginecologo osservò che talvolta la fecondazione è possibile non ostante la purulenza del catarro; secondo me è probabile che allora coesista nel coniuge maschio una particolare qualità di sperma resistentissimo, quello che il Pajot descrisse nella prima delle sue quattro categorie, là dove studia le cause di sterilità considerate nell'uomo.

Concludendo, per essere sicuri che al catarro utero vaginale propriamente è dovuta la sterilità, è indispensabile cosa l'eliminare ogni altra causa maggiormente attuosa.

Compiuto ciò resterà ancora da vedere se gli spermatozoi vivano bene o muoiano in questa secrezione: la quale dovremo poi esaminare per la quantità, per la densità e per il suo modo di comportarsi sulla via cervico-uterina, cercando se la ottura, la riduce d'ampiezza o se la lascia libera scorrendo al di fuori.

Cureremo la malattia donde il catarro deriva, ossia guarderemo di modificare convenientemente lo stato delle mucose e non potendo questo, faremo almeno di diminuire la malefica influenza del catarro sullo sperma.

L'jodoformio in Pediatria.

Narro la storia d'una scrofolosi e delle sue manifestazioni curate con l'jodoformio e faccio seguirvi alcune brevi considerazioni.

Raffaella Boschi, di Pisa, d'anni 6.

I genitori suoi, A. ed L. Boschi, non hanno mai sofferto affezioni glandolari, nè queste pure in minimo grado ebbersi negli avi. Al sesto mese di gravidanza, l'ava della bambina, in una circostanza per la quale attorno ad una casa erasi riunita grande folla di gente, fu nel pigia pigia violentemente urtata e cadde a terra: poco dopo, presa dai dolori del parto, mise alla luce un bambino, che è ora il *genitore* della Raffaellina. Questi adunque nacque a sei mesi e sopravvisse ciò non ostante. La vitalità del neonato destava meraviglia e temevasi perderlo da un momento all'altro. Ogni precauzione, ogni cura la più assidua ed intelligente fu posta in opera, e per tre mesi, cioè fino a che non ebbe

terminato il nono mese di vita, costantemente fu tenuto riguardato in una stanza, dove la curiosità e l'incredulità spingeva i conoscenti di casa a persuadersi di sì strana sopravvivenza. Crebbe a stento, di forme regolari sì, ma esigue quanto mai. Oggi è un uomo sulla quarantina, ha media altezza e presenta manifesti i caratteri del linfatismo. Di quando in quando è colto da accessi di asma interrotti da lunghi periodi di benessere, per cui ei può benissimo attendere alle proprie occupazioni e disimpegnare il suo ufficio d'impiegato governativo.

La madre della bambina è donna di costituzione assai gracile, che non ha avuto mai a lagnarsi di altri gravi inconvenienti di salute all'infuori di menorragie, le quali continuamente ancora le sopravvengono e l'hanno già ridotta anemica.

Al primo parto ebbe una bambina, la quale morì di *rachitide* dell'età di 22 mesi, dopo esserne stata malata 14. Il secondo suo figlio visse fino a sette anni e fu tolto di vita da *tabe meseraica.* Il terzo è il soggetto di questa istoria, la bambina Raffaella. Dopo questa, un altro parto ancora; il bambino che nacque visse soltanto due mesi e morì non sappiamo per quale malattia nell'essere a balia.

Un quinto figlio, che è l'ultimo, vive tuttora e pare più di tutti prospero e sano, ma non gli mancano i suggelli del linfatismo.

È importante a notarsi che qui abbiamo un *matrimonio dei più consanguinei,* giacchè i genitori di questa bambina sono strettissimi parenti fra loro; l'uno è zio dell'altro.

La bambina Raffaella cominciò ad ammalarsi di scrofola due anni sono. Non potei osservare le manifestazioni cutanee del principiare del primo periodo, nè le sue concomitanze se si eccettuano le afte e le tonsilliti, solamente ebbi agio di constatare quelle che per solito si hanno sul finire del primo periodo poco prima di passare al secondo (gangliti, ascessi, ulcerazioni). Di questo secondo periodo mancarono le caratteristiche estrinsecazioni e concomitanze. Avemmo quelle relative alle malattie delle articolazioni (gonoartrocace, ascessi freddi) che il Bouchut comprende nel secondo periodo, ed il Michelacci, mio esimio maestro, descrisse quali concomitanze del periodo terzo (vedi *Lezioni cliniche di dermatologia* del prof. comm. A. Michelacci, raccolte dal dott. C. Cassuto).

Accusò per vario tempo dolori addominali, senso di bruciore ai pudendi esterni, cui succedè la leucorrea. Notai la prima manifestazione scrofolosa in corrispondenza della regione del corpo a sinistra;

si presentò come un nodarello duro, rosso, caldo e dolente, che suppurò lasciando una limitata ulcerazione con tutti i caratteri delle scrofolose anche nella cicatrice che si fece attendere un po' di tempo.

Gangliti apparvero al collo, alle cosce; suppurarono e convertironsi dipoi in decise piaghe scrofolose.

Ben presto fu a dirittura seminato di queste il piccolo e gramo corpicciuolo della bambina, tantochè ulcerazioni erano sulla faccia, ai bracci, agli avambracci, sulle natiche, in tutti e due gli arti inferiori, localizzate in ispecie nelle superfici anteriori e laterali esterne. In seguito si apprezzò una discreta tumefazione al ginocchio destro, qualche volta dolente, poi fluttuante in un punto dove spontaneamente accadde un'apertura che diè esito a pus; rimase anche qui una ulcerazione e più estesa che quella delle altre località. Non ostante la deplezione purulenta, la permanente denudazione di porzione di cute, il volume nella parte non subì rimpiccolimento e residuò bene avvertibile al tátto un senso di pastosità, d'addensamento cui si consociò il dolore nei più piccoli movimenti e infine un certo grado di anchilosi: per ciò la bambina incominciò a zoppicare, essendolesi scorciato di un poco l'arto corrispondente. Altri punti di suppurazione e di impiagamento si succederono nella regione medesima, e larghe piaghe con vegetazioni rigogliose, intramezzate, da essudato giallognolo aderentissimo, ne furono l'esito ultimo e penoso.

La bambina, estenuata di forze, ridotta ad estrema denutrizione, con tessuti flaccidi e sottilissimi, correva allora pericolo di vita.

Cura. — Interpellato sulla cura più conveniente prescrissi l'joduro di potassio, il ferro, l'olio di fegato di merluzzo e sulle località affette lozioni d'acido fenico, pomata al fenol canforato del mio egregio amico prof. G. Bufalini; indi cerotto di Vigo, poi pennellature di tintura di jodio sui punti induriti e addensati, non che su quelli dove manifestavasi una sensazione di minore resistenza, di pastosità e pennellature jodiche anche ai contorni degli impiagamenti scrofolosi. Aggiunsi il consiglio dei bagni di mare e non ascosi ai parenti una grande probabilità d'insuccesso; atteso il grave stato della malatina dovei di necessità accennare alla possibilità di un esito infausto non lontano.

A certe misurate distanze di tempo vidi e rividi questa povera bambina, e fu dopo diverse mie visite che avendo conosciuto indubbiamente la poca o meglio la nessuna efficacia della cura fin

allora attuata, pensai di esperimentare quale *extrema ratio* l'jodoformio per uso esterno. Dopo alcune medicature, fui ben lieto di poter constatare un lodevole cambiamento nell'aspetto delle molteplici e profonde ulcerazioni, i cui bottoni cellulo-vascolari si acquattarono. Vidi colorarsi un po' meglio la superficie cutanea denudata e grado a grado dalla periferia al centro avviarsi una riparazione fino a che il tessuto di cicatrice intieramente formato chiuse del tutto alcune ulcerazioni e in parte altre. Così vennero progressivamente a guarigione le manifestazioni scrofolose della faccia, degli arti superiori, dell'arto inferiore sinistro.

Alle natiche e sul ginocchio destro migliorarono nel loro aspetto, si circoscrissero in più angusti confini, però durarono un bel pezzo di tempo a mostrarsi refrattarie all'energica e continuata azione dell'jodoformio. Finalmente cicatrizzarono gli impiagamenti delle natiche, ma si mantennero aperti quelli formatisi alla coscia, sul ginocchio di destra, e nei dintorni del medesimo. Non mi scoraggiai per questo e continuai a raccomandare l'uso dell'jodoformio misto alla vaselina ed all' alcool. Diedi ancora qua e là qualche toccata di nitrato d'argento in cannello, ma non con troppo buon successo. Un giorno del passato inverno questa piccina ammala di morbillo. Durante l'estrinsecazione confluentissima della eruzione, nell'acme dell'efflorescenza cutanea le residue tre superfici impiagate si colorano vivissimamente; poi le vegetazioni già prima rigogliose, vedonsi più depresse e per ultimo si allivellano alla superficie cutanea cui fin allora erano assai soprastanti.

Oggi, dopo una continuata ed insistente applicazione di vaselina jodoformizzata le ulcerazioni delle natiche sono completamente chiuse e nel ginocchio resta solo una piaghetta che va sempre più circoscrivendosi e che a grandi giornate la vediamo avviarsi alla guarigione. Il ginocchio sta sempre un poco nella flessione forzata, è quasi del tutto detumefatto ed ogni giorno acquista libertà maggiore nei movimenti e s'avvicina sempre più al volume normale, sicchè possiamo considerare la malattia al suo termine e la guarigione senza più assicurata.

Il generale della bambina è in condizioni lodevoli; le stigmate delle scrofulidi qui sono quelle proprie di un tal vizio costituzionale, retratte, stellate, grinzose, profonde, violacee e lucenti a guisa di impressioni digitate o di piccole fossette in taluni luoghi.

È doveroso l'aggiungere che non fu mai trascurata di mandare d'accordo la cura locale con quella generale tonica e ricostituente,

ma chiaro, evidentissimo apparisce che all'jodoformio è principalmente dovuto il non sperato felicissimo successo, dacchè quella stessa cura tonica, ricostituente, modificatrice, prima instituita insieme ad altri medicamenti topici, a niente aveva mai approdato. Nè è da obbiettarsi che troppo presto ci si stancasse in essa e si desistesse prima del tempo necessario alla sua efficacia; no, perchè in quel sistema terapeutico avevasi perseverato molti mesi e sempre senza un profitto al mondo che fosse. L'jodoformio fu qui veramente il fortunato debellatore della malattia. La di lui influenza terapeutica si manifestò localmente con una certa prontezza, ed è chiaro che si esercitò pure nel generale. Quest'ultima azione dell'jodoformio si compiè certamente dispiegando tutti i buoni effetti dell'jodio o meglio vincendo quest'ultimo nell'efficacia. Per una assimilazione più completa, per una combinazione chimico-organica più affine fu capace di portare modificazioni più intime, più utili, più al caso. Provò il Moleschott che l'jodoformio possedeva azione simile all'jodio e potentemente la sviluppava per la grande facilità con cui dall'jodoformio si distaccava l'jodio, il quale così allo stato nascente direttamente influenzava gli elementi dei tessuti.

Mi convince molto la spiegazione che emana dagli studi di Hoegyes (1), cioè che l'jodoformio penetri nel sangue in forma di combinazione jodio-albuminosa. Come s'intendono bene, come ci si palesano naturali e chiarissimi, sotto questa interpretazione terapeutico-fisiologica i risultati soddisfacenti della cura sopra narrata!

Difatti, che cosa è la scrofola? Una *distrofia costituzionale a prodotti polimorfi.* Or bene, il sangue rappresentando l'elemento principale della nutrizione organica, se viene a sentire una influenza medicamentosa benefica, correggendosi prima esso e modificando poi così la formazione dei tessuti, il sangue, dico, giungerà pure a correggere questo vizio di nutrizione. Credo essere stato il primo ad impiegare l'jodoformio nelle ulcerazioni scrofolose e nell'artrocace, ma ove per caso divenissi il secondo od il terzo, mi appagherò sempre dell'avere dimostrato l'*utilità dell'jodoformio anche in pediatria.*

Il caso sopra raccontato dovrebbe essere classato fra le scrofole così dette *innate.* Causa appariscente ed innegabile ne fu la *con-*

---

(1) Bufalini. *Dell'uso terapeutico dell'jodoformio.* (*Indipendente* di Torino, fasc. 9, 1882).

sanguineità dei genitori e le conseguenze della prematurità nel padre, nato a sei mesi. L'organismo di quest'uomo che godè solo sei mesi di vita intrauterina, dobbiamo ammetterlo non perfettamente, non completamente sviluppato. Che siano stati propriamente questi gli elementi etiologici della scrofola nella bambina Boschi, lo dimostrano e ne sono convincentissime prove vari stati morbosi cui andarono soggetti, e di cui anche furono vittima gli altri figli, ai quali pur non mancarono le impronte del linfatismo, della scrofola, della rachitide. Il grado di consanguineità era qui dei maggiori. Sappiamo dalle osservazioni cliniche di molti dotti la perniciosa influenza che opera sulla prole la consanguineità dei conjugi. Mantegazza nei suoi studi sui matrimoni consanguinei (Milano, G. Brigola, 1868, seconda edizione), ha registrato sei matrimoni uguali a quello da noi riferito, cioè fra zio e nipote, matrimoni dai quali nacquero figli scrofolosi e derivarono aborti: nello stesso lavoro sono dettagliate le notizie di moltissimi altri matrimoni fra consanguinei, ed è importante l'apprendere come vi facessero seguito sterilità, aborto, mostruosità o malattie varie del sistema nervoso, diatesi scrofolosa e tubercolosa.

Non potremmo meglio concludere su questo soggetto che riportando uno dei corollarii tratti da quegli studi. Il prof. Mantegazza scrive che « il pericolo è tanto maggiore per la prole quanto più è stretto il vincolo che lega in parentela il padre e la madre. »

È stato detto (Jaccoud) che la estrinsecazione della scrofola si ha talora per influenza *accidentale* o *patologica* che divengono esse stesse la *causa occasionale* della malattia; così le contusioni, le fratture, le febbri eruttive ed in ispecie la *rosolia,* la febbre tifoidea e la sifilide, sono le più potenti fra queste cause.

Nella nostra malatina la scrofolosi esisteva già quando si manifestò la rosolia; e per dato e fatto dell'esantema le vegetazioni della superficie d'impiagamento (l'abbiamo ridetto), si arrossarono dapprima molto, poi si fecero meno rilevate e si allivellarono alla cute; di più incominciò a determinarsi con maggiore sollecitudine il lavorìo di riparazione. Forse ciò è da ascriversi alla accresciuta irrigazione sanguigna, all'iperemia seguita nella località e per cui si effettuò uno di quei modi di risoluzione col quale ci proponiamo e si ottiene qualche volta di vincere alcuni stati morbosi, provocandovi un processo flogistico artificiale.

CASUISTICA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

per il Prof. A. CUZZI

(*Contin.*, Vedi N. 1, Anno IV, 1882, pag. 34).

II.

Di un caso di dismenorrea membranosa.

Quantunque sia mia intenzione di riferire in questa casuistica solo quanto ebbi ad osservare di più interessante, o singolare, nell'Istituto Ostetrico di Modena durante il triennio, nel quale fu affidato alla mia direzione, pur tuttavia non so quivi resistere alla tentazione di esporre un caso clinico occorsomi nella privata clientela. In esso è questione di dismenorrea membranosa; messo in questo punto varrà a rendere meno incompleto quanto ebbi a dire nel capitolo antecedente.

Per ben comprendere il meccanesimo di produzione della dismenorrea membranosa gioverà forse che io ricordi qualche dato sulla fisiologia della menstruazione. Le modificazioni, alle quali va incontro la mucosa uterina durante il periodo catameniale, sono state in quest'ultimo decennio oggetto di numerose ricerche, che hanno modificato le cognizioni, che prima possedevansi in proposito. Credevasi una volta che al sopravvenire della menstruazione gli organi pelvici, e specialmente utero ed ovaie, fossero sede di una notevole iperemia, e che nel momento di maggior intensità della medesima, assieme alla rottura di un follicolo di Graaf, avvenisse anche una lacerazione dei vasi della mucosa, donde l'emorragia menstrua. Le condizioni anatomiche della mucosa uterina normale davano a questa teoria un grande appoggio. Nel suo spessore esistono difatti arterie elicine in grande numero, mentre poche relativamente sono le vene. Data questa disposizione vasale, per l'aumentato afflusso di san-

gue verrà con tutta facilità in scena dapprima una dilatazione dei capillari, che congiungono le arterie colle vene, e poi la loro rottura nel *locus minoris resistentiæ*, cioè alla superficie della mucosa, per maggiore pressione endo-vasale prodotta dall' insufficiente deflusso. All' iperemia sarebbe quindi dovuto l' irrompere del sangue menstruo secondo le antiche teorie.

Il reperto microscopico della mucosa uterina di donne morte durante la menstruazione ha scosso questa credenza. Stando alle ricerche di Kundrat, di Engelmann e di Williams l' emorragia catameniale, invece che alla iperemia, si dovrebbe attribuire alla degenerazione grassosa della mucosa uterina. Poche parole sugli studi di qualcuno degli osservatori or ora ricordati varranno a giustificare questo concetto. Ecco come l'Engelmann (1) descrive lo stato della mucosa uterina nel periodo catameniale. Essa ha uno spessore da 3 a 6 mill., è quasi edematosa, molliccia, e con la superficie irregolare, villosa, quasi ondulata. L' aumento di spessore si deve mettere sul conto dell'iperplasia di tutti gli elementi istologici preesistenti e di un' attiva proliferazione delle cellule del connettivo. Queste modificazioni si limitano però agli strati più superficiali della mucosa. Quando la tumefazione ha raggiunto un certo grado gli strati superficiali vanno soggetti ad una degenerazione grassosa, interessante l' epitelio della superficie, quello delle ghiandole e le cellule del connettivo interghiandolare. Le pareti stesse dei capillari, giova notarlo, non sfuggono a questa metamorfosi regressiva. Anche il Kundrat di Vienna, col quale l' Engelmann ha dapprima lavorato, limita la degenerazione grassosa agli strati più superficiali della mucosa. Giunte le cose a questo punto gli strati in metamorfosi regressiva si esfogliano sotto forma di piccolissimi lembi, formando quasi un detritus, e mettendo a nudo ed intaccando le pareti dei capillari. In questo momento il sangue si versa nella cavità uterina e si fa strada allo esterno portando seco gli elementi degenerati, che costituivano la parte più superficiale della mucosa. Williams (2) è di parere che tutta la mucosa sia espulsa a ciascuna epoca menstrua e che una nuova mucosa si riproduca interamente nel periodo intermenstruo; tale idea però sembra erronea perchè secondo Kundrat

---

(1) *Amer. Journ. of. Obstet.* Maggio, 1875.

(2) Williams. *On the structure of the mucous membrane of the uterus and its periodical changes, in Obst. Journ.* Febbraio e marzo, 1875.

ed Engelmann il processo regressivo della mucosa si limita agli strati superficiali, ed anche perchè giammai si è constatato in queste contingenze la tonaca muscolare dell'utero a nudo. E d'altra parte ammessa questa totale distruzione della mucosa uterina resterebbe assai difficile il comprenderne il modo di riproduzione (1).

Se noi ora supponiamo un'esagerazione di questo processo di degenerazione grassosa e lo riteniamo esteso ad uno strato di maggior spessore della mucosa, la parte che verrà esfogliata e distaccata durante la menstruazione avrà maggior resistenza, perchè giù grossa, e quindi invece di dividersi e suddividersi in piccoli pezzi e formare quasi un detritus, si romperà solo in due o tre grandi lembi, o rimarrà anche tutta unita, in modo da conservare la forma triangolare della cavità del corpo dell'utero. Questi lembi di mucosa, o quest'unico corpo membraniforme, facilmente visibili in mezzo al sangue menstruo, costituiranno le membrane dismenorroiche della dismenorrea membranosa; a loro volta le contrazioni uterine necessarie a distaccarle e cacciarle attraverso il condotto cervicale, daranno luogo ai dolori colici dismenorroici. La causa che produce questa più profonda degenerazione grassosa della mucosa uterina durante la menstruazione talvolta è propria, dicono gli autori, ad un dato organismo; in altri casi è in rapporto con metropatie croniche e specialmente con metriti ed endometriti lente. In questa seconda categoria eziologica si deve, a mio credere, riporre il caso che sto per narrare.

S. è una signorina di Modena, di 29 anni, di costituzione primitivamente robusta, che ebbe a soffrire prima della pubertà manifestazioni scrofolose piuttosto gravi. Ebbe a 14 anni il primo beneficio menstruo, che fu della durata di cinque giorni e senza dolore; le menstruazioni successive, fino all'età di 22 anni furono indolore e regolari per durata e periodo. Non ebbe mai alcuna

---

(1) Leopold dissente dalle vedute di Kundrat e di Engelmann sul meccanesimo di produzione dell'emorragia menstrua. Secondo le sue ricerche la degenerazione grassosa è posteriore all'irrompere del sangue; non ne può quindi essere la causa. Negli ultimi giorni del periodo intermenstruo si osserva un rammollimento con ispessimento della mucosa uterina; gli spazi linfatici e le ghiandole sono dilatate, e tutto lo stroma è infiltrato di elementi embrionari. In questo momento compare la emorragia, prima cioè che siasi mostrata la degenerazione grassa degli elementi più superficiali della mucosa.

perdita leucorroica, alcun patimento nel bassoventre durante il periodo intermenstruo. A 22 anni, sette anni or sono, senza causa ben nota, o della quale l'ammalata si ricordi, incominciò uno scolo biancastro dai genitali, in discreta quantità, accompagnato da legger dolore lombare irradiantesi nelle vicinanze, e senso di peso nella cintura pelvica. Qualche mese dopo l'insorgenza di questi fenomeni morbosi, senza dolori notevoli, vide che assieme al sangue menstruo venivano emesse una o due membranelle, sottili come foglio di carta, e di dimensioni variabili. Tali membranelle erano sempre espulse alla fine del 3°, o al principio del 4° giorno del periodo menstruo. Nei primi tempi della malattia l'inferma ricorda benissimo che non in tutte le ricorrenze catameniali eravi l'espulsione delle membranelle in discorso; nei due primi anni di decorso del morbo, in alcune menstruazioni fecero completamente difetto. A poco a poco però incominciarono a manifestarsi dei dolori, le membranelle nel sangue menstruo si fecero costanti diventando anche più spesse, e più abbondante si fece la quantità di sangue perduta in ogni singola menstruazione. Insorsero coliche uterine vive, frequenti al principio di ogni menstruazione, che si mitigavano solo dopo l'espulsione del prodotto membranoso, lasciando un senso di addolentimento alla zona uterina per tutto il resto del periodo menstruo. Ricorse all'avviso di medici: mal interpretata la natura delle membrane espulse, non conosciuta la malattia, non si intraprese un'adatta terapia. Intanto coll'invecchiare del morbo le sofferenze si facevano sempre più gravi, e la menstruazione aveva la tendenza ad assumere una forma addirittura menorragica. Per combattere i dolori si ricorse, fra gli altri rimedi, al cloridrato di morfina, che fu quello che diede migliori risultati; per diminuire la perdita sanguigna venne amministrata la segale cornuta. Siccome l'addolentimento ipogastrico diventò persistente anche nell'intervallo delle menstruazioni, così l'ammalata, che era stata abituata a farsi da sè iniezioni ipodermiche di cloridrato di morfina, cominciò ad abusare del rimedio. Da due anni circa a questa parte fa uso giornalmente di 10 a 12 centigr. di morfina presa in tal modo. Attualmente ogni tre ore circa è obbligata di farsi un'iniezione ipodermica; se tenta di resistere a questa perniciosa abitudine per un intervallo di tempo maggiore vengono in scena dolori violenti, senso di costrizione intollerabile al basso ventre, inquietudine, angoscia, agitazione, malessere generale. Per questo troppo libero

e troppo generoso uso dell'alcaloide oppiaceo un nuovo fatto adunque avveniva: manifestavasi un vero avvelenamento cronico da morfina. Altro fatto degno di considerazione insorgeva in questi ultimi mesi a raddoppiare quasi le sofferenze dell'ammalata: invece di un sol corpo membranoso sono due quelli che sono espulsi per ogni menstruazione, il secondo a dodici ore circa di intervallo dal primo. Ho detto essere due i prodotti membranosi espulsi in ogni singola menstruazione e non uno solo diviso in due grossi pezzi, perchè l'esame macroscopico lascia nell'osservatore la convinzione, che realmente si tratti di due corpicciatoli distinti e fra loro indipendenti. A questo complesso di fenomeni altri se ne sono aggiunti: l'ammalata sente deboli le estremità inferiori, cammina a disagio, e non può darsi ad un lavoro efficace perchè ogni esercizio un po' violento desta in lei atroci sofferenze. Può quindi il lettore immaginarsi facilmente in quale miserando stato a poco a poco sia giunta questa povera inferma: incapace di qualsiasi lavoro proficuo, sempre tormentata da dolori, la sua vita è diventata un vero supplizio. Io fui invitato a visitare l'ammalata nella seconda quindicina di gennaio del corrente anno: la storia clinica, che subito minutamente raccolsi, mi permise di diagnosticare, in via presuntiva, quasi *con certezza*, una dismenorrea membranosa. Infatti l'esistenza dei dolori colici, e l'espulsione, ormai da lungo tempo costante, di uno o due prodotti membranosi al quarto giorno della menstruazione non si potevano mettere in conto di qualsiasi altra condizione morbosa della sfera genitale femminea. Ma la malattia prima, in seguito a troppo liberale uso di rimedii, si era anche complicata con avvelenamento da morfina. Era quindi doppio l'obbiettivo che il curante doveva prefiggersi: curare la dismenorrea, combattere l'avvelenamento lento da morfina. Prima di accingermi a qualsiasi terapia credetti conveniente l'esame dei corpi *deciduali* (1), li chiamerò così, che sarebbero stati espulsi nella prossima menstruazione, che doveva verificarsi sul finire del gennaio. Descriverò i prodotti deciduali dopo di aver completato quanto ho più sopra esposto facendo conoscere lo S. P. dell'ammalata al momento della mia prima visita. La fisionomia è sofferente, il colorito alquanto ter-

(1) Quest'appellativo di corpo o prodotto deciduale non ha nulla di improprio, perchè alcuni autori chiamano la parte di mucosa uterina che si esfoglia durante la menstruazione col nome *decidua menstrualis*.

reo, la pelle delle coscie quasi tatuata per le numerose punture fatte coll'ago della siringa del Pravaz, le ciglia sono bianche, l'umore uggioso, avvi magrezza non molto pronunciata, mancanza di appetito, insonnia (dorme solo sul far del giorno), stitichezza alternata con diarrea, con tenesmo, con emorroidi esterne piuttosto voluminose, avvi iperestesi estesa, si può dire, a tutto l'ambito cutaneo, e specialmente ai genitali, senso doloroso alla pressione anche leggera della regione ipogastrica. Polmoni e cuore sani, visceri ipocondriaci nei confini, urine normali, non edemi. L'esame locale rivela: imene integro, vagina stretta, porzione vaginale alquanto allungata, orificio esterno piuttosto piccolo, antiflessione leggera che si direbbe quasi in rapporto con una esagerazione della curvatura normale dell'asse uterino specialmente in corrispondenza dell'istmo, volume del viscere pressochè normale, parametrii liberi ma un po' sensibili, massime il sinistro. Questi dati furono raccolti con un rapido esame, nel quale feci uso della sola esplorazione combinata, lasciando in disparte speculum e sonda in vista della notevole sensibilità genitale, ed anche perchè mi parve che i dati raccolti fossero sufficienti per il diagnostico. Nell'attesa dei corpi deciduali raccomandai un uso più moderato di morfina, bagni e semicupi tiepidi belladonizzati, qualche irrigazione di acqua tiepida leggermente fenicata, bigiornaliera, per pulire il canale vaginale della leucorrea e disinfettarlo in vista di un probabile prossimo atto operativo sul collo.

Sul finire di gennaio comparve la menstruazione: l'uscita del sangue menstruo fu preceduta ed accompagnata da dolori colici angosciosi, che obbligarono l'inferma a letto e ad un continuo lamento. La vedo nel principio del terzo giorno: è abbattuta dalla notte insonne antecedente, in preda a viva inquietudine, a cefalea, a dolori vivi quasi continui; ha polso un po' frequente, pelle leggermente calda, tollera male la luce ed il rumore, esiste delirio passaggero. Al principio del quarto giorno venne espulso fra mezzo a grumi ed a sangue liquido un corpicciatolo deciduale schiacciato, subrotondo, del quale ora darò un'esatta descrizione. I dolori dopo l'espulsione del medesimo continuarono ancora vivi e frequenti: circa dodici ore dopo veniva espulso un altro prodotto deciduale, più piccolo del primo. I dolori allora rimisero alquanto di intensità e di frequenza, ma quantunque più lievi persistettero per tutta la durata della menstruazione, al finire

della quale cessarono per far posto ad un addolentemento ipogastrico, e l'ammalata in tal modo rientrava nel suo stato di malessere quotidiano.

Ecco la descrizione dei corpi deciduali. Il più grosso (vedi figura 1ª) presenta una forma triangolare, è schiacciato in senso antero-posteriore, ha uno spessore di 6 mill. ed una massima altezza di 35 mill. Nella parte più larga, cioè verso gli angoli superiori misura 25 mill.; in basso, in vicinanza della parte più stretta, si fa rotondeggiante ed ha un diametro di 10 mill. Esso riproduce benissimo la forma della cavità del corpo dell'utero: i due angoli più ravvicinati o superiori, corrispondono evidentemente agli orifici tubarici, l'angolo inferiore all'orificio interno. All'angolo inferiore sta aderente una massa quasi filamentosa, che evidentemente pescava nel canale cervicale. La superficie esterna di questo *getto* della cavità uterina è irregolare, scabra, villosa, e segnata da piccoli solchi. Sezionato trasversalmente verso la metà della sua altezza lascia vedere al centro una massa granulosa, che sembra fatta di *detritus*. È questa una cavità naturale riempita di sangue e detritus, la vera cavità uterina prima del distacco ed espulsione del corpo deciduale, od è invece il prodotto di uno stravaso nello spessore del tessuto stesso? Ritornerò più innanzi su questo punto degno certamente di considerazione.

Il secondo corpo deciduale è assai somigliante al primo: ne differisce solo in ciò che è più piccolo, meno appiattito, meno espanso verso gli angoli superiori, e alquanto liscio su di una delle sue faccie, nella quale si vedono rare e piccole infossature.

L'esame istologico che ho potuto praticare in questi ultimi giorni, dopo di aver messo i corpi in liquido di Müller, poi in alcool allungato e quindi in alcool del commercio, sezionati e colorati con carmino e con picrocarmino, è finora assai incompleto. Tale com'è però, è più che sufficiente per i bisogni clinici in rapporto colla terapia. Coi preparati ottenuti ho potuto far designare la figura 2ª. Credo conveniente avvertire che questa figura, ed i dettagli istologici, che sto per esporre, sono dedotti dall'esame del solo corpo deciduale più grosso, il primo espulso durante la menstruazione. La figura 2ª va considerata come semi-schematica perchè venne designata con più preparati, che si cercò di far completare vicendevolmente.

L'esame della figura lascia vedere un epitelio cilindrico di rivestimento ben distinto (*a*), che riposa su di un tessuto connet-

tivo assai giovane, quasi embrionario, nel quale trovansi disseminate numerose cellule di varia dimensione (*f*). In un dato punto l'epitelio si approfonda in una specie di fessura (*b*), la quale può essere una semplice sinuosità della mucosa, od anche una ghiandola uterina. Scorgesi poi in (*c*) la superficie di sezione di un condotto tappezzato dal solito epitelio cilindrico, contenente minute granulazioni, e qualche cellula incolora; anche questo condotto può essere dovuto al taglio di un tubo ghiandolare o ad una semplice introflessione della mucosa. In (*d*) vedonsi vasi sanguigni, ed in (*e*) uno stravaso nello spessore dei tessuto.

Incompleto com'è, lo ripeto, quest'esame è sufficiente dal punto di vista della cura. Esso indubbiamente ci dice, che il corpo espulso durante la menstruazione proviene dalla mucosa della cavità uterina. La sola presenza dell'epitelio cilindrico ne è una prova. Difatti dai genitali esterni andando in alto fino all'orifizio addominale delle tube, noi troviamo normalmente epitelio cilindrico soltanto in corrispondenza della mucosa uterina e delle tube. È bensì vero che nello stato normale quest'epitelio è munito di ciglia vibratili: la mancanza delle ciglia non viene però ad infirmare la diagnosi anatomica. Chi ricorda la delicatezza e la caducità delle ciglia vibratili dell'epitelio cilindrico non si stupirà punto della loro mancanza. Del resto anche la mancanza completa dell'epitelio cilindrico non sarebbe stato un dato positivo per negare la origine uterina dei corpi espulsi. De Sinety (1) a questo proposito dice che le membrane dismenorroiche talora sono fatte esclusivamente da una massa di tessuto embrionario, che non presenta più nè ghiandole, nè epitelio: in questi casi la forma del corpo espulso ha sicuramente la sua importanza diagnostica.

Ma l'esame microscopico, se sufficiente per i bisogni clinici, è molto incompleto dal punto di vista istologico, e lascia nell'oscurità alcuni dati degni di considerazione. In questo lavoro, diretto specialmente ad illustrazione di un fatto *clinico*, io non farò che accennarli; mi riservo di dare il risultato delle mie ulteriori investigazioni in un'altra pubblicazione di natura specialmente istologica. Intanto è lecito rivolgersi una prima domanda, che è la seguente. L'epitelio cilindrico di rivestimento sta sulla superficie esterna del corpo deci-

(1) *Loc. cit.*

duale, oppure è in rapporto con quella cavità centrale, che dissimo contenere una specie di detritus? A seconda della risposta, che avrà questa domanda, noi potremo dire allora se la cavità centrale sia artificiale e prodotta ad esempio da uno stravaso sanguigno, oppure se è naturale, e rappresentante il cavo uterino prima dell'espulsione del corpo deciduale. La soluzione di questa questione può aiutarci anche per risolverne un' altra. Ho detto e ripetuto più volte come due fossero i corpi deciduali espulsi nella stessa menstruazione in questi ultimi mesi. Esempi simili ne esistono nella letteratura, Gusserow (1) tra gli altri dichiara di possedere una osservazione clinica, nella quale la decidua menstrua, come sacco membranoso della forma dell' utero, si staccò due volte nello stesso periodo menstruo. Spiega questo fatto coll'ammettere che la esfogliazione della mucosa si faccia in due volte: nella prima si distacca la parte più superficiale della decidua; e nella seconda volta si distaccano gli strati più profondi. Solowieff si associa a sua volta a questa spiegazione. Tale modo di vedere però io non lo credo convenire al caso mio. E ciò in vista della forma e del grande spessore dei due corpi deciduali espulsi. Giova anche quivi accennare ad un'altra possibilità dell' ubicazione dell'epitelio: secondo Beigel (2) detto epitelio cilindrico di rivestimento potrebbe essere collocato anche nello spessore del corpo menstruale espulso. Difatti egli crede, che la dismenorrea membranosa sia in rapporto con un' endometrite *esfogliativa*, che sarebbe caratterizzata dalla formazione di una membrana sulla superficie libera della mucosa, dalla quale sarebbe divisa mediante uno strato fibrinoso contenente cellule rotonde. Orá si comprende facilmente che se tale membrana viene espulsa nel periodo cataméniale assieme alla parte più superficiale della mucosa, l'epitelio cilindrico di rivestimento di questa possa trovarsi nello spessore del corpo deciduale, invece di essere su di una faccia, come ad esempio quando la sola decidua è espulsa in due o tre grandi lembi, o circonscrivente una cavità interna, come nei casi nei quali è espulsa intera, in blocco. Su ciò parimenti deve istruirci l' ulteriore osservazione microscopica. Sarà utile anche il conoscere se la sinuosità dell' epitelio in *b* (vedi figura) sia dovuta ad una ghiandola uterina, oppure ad una piega della mucosa, la quale, per l'azione dei reagenti conservatori e di indurimento, può essersi notevolmente pieghettata alla periferia. Ricordo difatti a questo riguardo come il Saviotti (3),

---

(1) *Loc. cit.*
(2) *Arch. f. Gyn.* B. IX. H. I.
(3) *Osservat. Gazz. delle Cliniche,* 1870.

in un caso fornitogli dal Timermans, abbia visto mancare la estremità cieca delle ghiandole uterine. Se la introflessione epiteliale in discorso costituisce una vera ghiandola, nel nostro caso vi sarebbero intere ghiandole uterine, comprese nello spessore della decidua *menstrualis.*

Ma ritorno alla parte clinica dell'osservazione in discorso. L'anamnesi viene a deporre che la dismenorrea membranosa in parola ebbe origine da un'endometrite. Non voglio contestare che la diatesi scrofolosa non vi abbia portato il suo contributo etiologico. Ma la causa principale deve essere ricercata appunto nell'infiammazione dell' endometrio. Difatti il benessere della signorina S. cominciò ad alterarsi a 22 anni, e le prime manifestazioni morbose furono rappresentate da leucorrea ed addolentimento pelvico. Sono questi i fenomeni, che ci fanno pensare ad un'endometrite lenta iniziale. D'altra parte non ripugna punto colle nostre conoscenze far partire la dismenorrea membranosa da tale malattia. Ho già detto come il Beigel parli a tale proposito dell' endometrite esfogliativa. Aggiungerò quivi a maggior conforto di questa patogenesi come i Dottori Huchard e Labadie-Lagrave (1) in un loro lavoro accurato giungano alla conclusione, che la dismenorrea membranosa dipenda *sempre* da endometrite. Per questi due autori la dismenorrea membranosa non sarebbe quindi un' entità morbosa distinta, ma solo l' espressione sintomatica di diverse forme di infiammazione della mucosa uterina. Danno anzi nella loro pubblicazione un quadro, nel quale sono segnati i diversi tipi anatomo-patologici dell' endometrite, e le varietà corrispondenti dei prodotti espulsi. Bisogna però ammettere che la loro opinione è troppo assoluta, e che la dismenorrea membranosa può riconoscere altre cause oltre l' endometrite; per convincersene basta ricordare come la medesima possa venir in scena anche negli avvelenamenti da fosforo (2).

È forse utile ritornare un momento anche sul modo col quale decorse il processo morboso. Abbiamo detto che in principio di malattia l'espulsione delle membrane dismenorroiche non è stata costante, come fosse pressochè indolora, o per lo meno accompagnata da dolori assai miti, e che le coliche uterine un po' in-

(1) *Arch. Gener. de Med.* giugno 1870, pag. 724.
(2) Schröder. *Loc. cit.*

tense sopravvennero soltanto dopo un certo tempo ed andarono facendosi man mano più gravi. Nel suo esordio questo fatto rientrerebbe quindi nella categoria di quelli che furono descritti col nome di *dismenorrea membranosa senza dismenorrea*, e intorno ai quali il Bernutz ha scritto ultimamente un lavoro (1). Se non sempre pare però che questa condizione di cose (dismenorrea membranosa con miti dolori) faccia grado a grado passo, quando la malattia non viene curata, al quadro completo della dismenorrea membranosa. Tale opinione ha in suo appoggio quanto dicono alcuni autori, per i quali nei primi tempi dell'affezione, massime se non esistono complicazioni, l'espulsione della decidua menstrua può essere accompagnata da dolori assai lievi. Un altro appoggio lo presenta il fatto clinico, che ho descritto, nel quale il graduato e lento aumento di spessore delle membrane espulse viene anche a deporre, che l'alterazione dell'endometrio infiammato sia andata, col progredire del morbo, facendosi più pronunciata e più estesa in profondità.

I miei interessi personali, che mi obbligarono ad allontanarmi per qualche giorno due volte da Modena nel mese di febbraio, e che mi impongono di trovarmi per i primi giorni di marzo in Catania, non mi permisero di intraprendere una cura, dall'ammalata ed anche da me desiderata. Non posso quindi chiudere il presente capitolo col dare notizie al lettore del piano terapeutico, che avrei attuato, e del suo risultato. Quantunque monca in tal modo, ho creduto pur tuttavia non inutile la pubblicazione della storia clinica, perchè il fatto appartiene alla categoria dei rari, ed anche per l'opportunità di poterla intercalare in questo punto del mio lavoro.

III.

Polipo leiomiomatoso del collo uterino, esportazione, guarigione.

N. 81 di Registro del 1881. — Donna non gravida, di 45 anni, di buona costituzione, VIpara. La prima menstruazione a 14 anni, tuttora in atto al giorno d'oggi, sempre normale per quantità, periodo e durata. L'ultimo parto risale a tre anni fa. È accettata

(1) *Contrib. a l'hist. de la dysmen. memb. in Arch. de tocolog.* 1879.

nella Sezione Clinica dell'Istituto il 3 novembre, perchè sofferente nella sfera genitale.

Da un anno comparve leucorrea, da principio poco pronunciata, poi più abbondante: da sei mesi sotto sforzi di tosse, o di defecazione vide far capolino ai genitali un corpo carnoso, roseo, del volume di una grossa noce ed indolente: attualmente detto corpo fuori esce sotto l'influenza della sola stazione eretta un po' prolungata. Non dà luogo la sua presenza ad alcun disturbo della menstruazione, o della funzione degli organi vicini. L'esame generale dell'ammalata è affatto negativo riguardo ad esistenza di malattie; l'esame genitale rivela: utero in sede normale, con fondo alla sinfisi pubica, parametrii liberi, cavità uterina lunga 7 cent., collo uterino con labbro anteriore normale, dalla superficie antero-inferiore del labbro posteriore si distacca una specie di peduncolo, grosso come il mignolo, che dopo un tragitto di 3 cent. si rigonfia in un corpo a forma ovoidea, alquanto schiacciato in senso antero posteriore, grosso come un piccolo uovo, di consistenza alquanto inferiore a quella dell'utero, e affatto indolente. Col dito esploratore si può facilmente portare ai genitali esterni questo tumore. Diagnosi: polipo fibroso del collo. Cura: esportazione.

Avendo molti letti disponibili in Clinica perchè solo allora riaperta, differii di qualche giorno l'atto operativo, ed intanto ordinai doccie di acqua fenicata calda alla temp. di 45°-50° centigr.; delle medesime nello spazio di cinque giorni e mezzo se ne fecero undici; la quantità d'acqua adoperata per ciascuna oscillava fra 25-30 litri.

L'8 novembre alla presenza della scolaresca procedetti all'atto operativo: applicato lo speculum di Cusco, nel quale feci pescare il tumore, afferrai con pinze di Museux il neoplasma, ne cinsi il peduncolo in vicinanza del collo con un'ansa di filo di ferro ricotto, che innestai su di un serranodi Maisonneuve, e mentre un filo d'acqua fenicata irrorava continuamente la cavità vaginale, strinsi lentamente l'ansa e recisi il peduncolo. Dalla superficie di sezione cominciò a gemere sangue in quantità piuttosto abbondante: la frenai portandovi sopra il grosso bottone del termo cauterio Paquelin. Lavai quindi la vagina con acqua fenicata fredda, rimborrai i genitali esterni con cotone fenicato, e feci applicare una vescica di ghiaccio all'ipogastrio.

Le conseguenze dell'atto operativo furono pari alla poca entità del medesimo: la donna in quarta giornata abbandonava il letto ed in ottava lasciava la Clinica completamente guarita.

Non voglio lasciare questa rapida storia clinica senza qualche riflessione. E prima di tutto desidero richiamare l'attenzione del lettore sulle undici doccie di acqua calda, fatte nei giorni precedenti l'atto operativo. Nelle operazioni che si praticano sul collo si vede qualche voltà venir in scena un'emorragia piuttosto abbondante: il Courty (1) a scopo di prevenirle ha lodato nello scorso anno in un suo scritto le doccie di acqua calda, la più calda che l'ammalata possa tollerare. Per osservazioni fatte anche in questi ultimi mesi mi sono convinto, che abitualmente la temperatura dell'acqua, perchè sia sopportata, deve oscillare fra 45°-50° centigr. Il Courty non dà questo mezzo come assoluto, dice anzi che l'emostasi preventiva, che si ottiene, è assai imperfetta; ma soggiunge che se non previene del tutto lo scolo del sangue, ne diminuisce però la perdita di quantità considerevoli. Si comprende facilmente, dato come fuori dl discussione il risultato dell'emostasi preventiva delle iniezioni vaginali di acqua calda, che le medesime debbano riuscire specialmente utili nelle operazioni sul collo di lunga durata (amputazione susseguita dalla sutura, ecc.). Nel caso mio se ne poteva senza alcun inconveniente far senza: ho voluto però metterle in pratica per giudicare personalmente della loro efficacia. E l'effetto ottenuto non corrispose punto alla aspettazione, in me destata dalla lettura del lavoro del Courty, perchè malgrado l'assenza di tronchi vasali discretamente voluminosi nel peduncolo, l'emorragia consecutiva all'atto operativo fu piuttosto notevole, e tale da richiedere il caustico attuale per essere frenata.

Come mezzo per sezionare il peduncolo, avrei certamente preferita l'ansa caudente, se avessi avuto a mia disposizione una macchina da galvano caustica; in sua mancanza ho dato la preferenza al filo di ferro ricotto innestato su di un serranodi, quantunque si sarebbe potuto adoperare senza pericolo anche le forbici, le quali però possono esporci ad un'emorragia più notevole; e ciò feci per essere fedele alla massima del Pajot, la quale ci dice di mettere dalla nostra, anche negli atti operativi poco importanti, tutte le circostanze conosciute, le quali favoriscono il successo (2).

L'esame istologico del tumore, sezionato fresco col microtomo di Schanze di Lipsia, mi dimostrò la presenza di fasci di fibre

---

(1) *Nouveau moyen d'hemost. prevent. pour les operat. pratiq. sur l'appar. genit. de la fem. in Ann. de Gyn.* Maggio 1880.

(2) Gueniot. *Method. operat. des polyp. de l'uter. procédé d'excision a l'aide du serra-noed in Ann. de Gyn.* novembre 1881.

muscolari liscie con scarso connettivo interstiziale. È adunque un leiomioma del collo.

Secondo tutte le probabilità non avrei pubblicato questa storia clinica, che dopo tutto presenta un assai scarso interesse, se la medesima non mi avesse offerto il destro di descrivere rapidamente, come aggiunta, un pezzo anatomo-patologico del sistema genitale femmineo, che mi pare degno di nota. Apparteneva il medesimo ad una donna di 64 anni, morta in Correggio lo scorso ottobre. Pochissime sono le nozioni, che posseggo sulla sintomatologia del morbo, che la trasse alla tomba. Pare che sia morta in seguito ad una forma spinale. Negli ultimi mesi si lamentava di dolori atroci, lancinanti, in corrispondenza della cintura pelvica. Esisteva anche un po' di leucorrea. Il pezzo anatomico è costituito dall' utero ed annessi (vedi fig. 1ª). Spaccata la parete posteriore dell'utero si vede che il collo è perfettamente integro, e che al fondo uterino trovasi una massa vegetante, fatta da un carcinoma a cellule cilindriche. Le pareti dei nidi cancerosi sono fatte da scarsi fasci connettivali: le cellule di epitelio cilindrico più esterne sono impiantate perpendicolarmente sulla superficie della parete. La parete latero-posteriore destra dell'utero è notevolmente rigonfiata per la presenza di un tumore fibroso, rotondeggiante, grosso come una pera: un taglio praticato longitudinalmente sul massimo diametro della intumescenza permette di snucleare il neoplasma, che è circondato da una capsula di connettivo sufficientemente lasso. Il tumore è calcificato: segato secondo una delle sue più grandi circonferenze lascia vedere (fig. 2ª) la calcificazione limitata alla parte più esterna della neoplasia, formante uno strato di circa 3 mill. di spessore. La parte contenuta in questa specie di guscio calcareo è fatta da una massa di fasci fibrosi assai povera di vasi sanguigni.

Perchè il presente fatto anatomo-patologico possa interessare mi basterà ricordare essere rara la calcificazione dei grossi fibromi, ed essere rarissimo che essa invece di cominciare dal centro cominci ad ordirsi alla periferia. Inoltre è parimenti raro che il carcinoma cominci dal fondo piuttosto che dal collo, e più raro ancora la coesistenza di un carcinoma con un fibroma. Quivi invece noi avevamo convenuto tutte queste circostanze: fibroma interstiziale della parete postero-laterale del corpo, calcificato nella sua parte esterna, complicato da carcinoma sviluppatosi in corrispondenza del fondo dell'utero. *(Continua).*

INTORNO AL PASSAGGIO DI SOSTANZA CEREBRALE

NELL'ALBERO CIRCOLATORIO DEL FETO NE' PARTI ARTIFICIALI

NOTA ANATOMICO-CLINICA

del Dott. PAOLO NEGRI

Medico 2° Assistente nella R. Scuola Pareggiata di Ostetricia in Milano
diretta dal Prof. Cav. Domenico Chiara.

L'osservazione che sto per narrare meriterebbe di essere illustrata anche dal punto di vista ostetrico, ma tale non è lo scopo diretto che mi propongo, come risulta dal titolo dello scritto. Per non trascurare affatto però qualche considerazione dal punto di vista della terapia ostetrica, esporrò il caso con qualche particolare.

N. 77 del 1882. — È accolta alle 6 ant. del 30 marzo 1882, in travaglio di parto, una donna di bassa statura (m. 1. 33), di abito manifestamente rachitico; il travaglio esordiva nel giorno antecedente. Alla sera del 29 marzo, al momento della rottura delle membrane la donna s'accorse della procidenza di qualche cosa dai genitali esterni: la parte che s'era portata allo esterno era una mano fetale.

Nella notte fu chiamato un pratico della città che, diagnosticata la presentazione trasversale, tentò due volte il rivolgimento portando la prima volta la mano destra e la seconda volta la mano sinistra nei genitali: ma non riuscì ad abbassare l'uno o l'altro degli arti pelvici. Stanco allora abbandonò la paziente: un secondo pratico fu chiamato, il quale, fatto venire il primo collega, alla sua presenza ritentò ed ancor per due volte la versione, ma col medesimo risultato; disperando allora di riuscire nella liberazione, que' medici inviarono la donna all'Ospizio.

Al momento dell'accettazione la donna è molto stanca, ha il polso piccolo, frequente, la temperatura generale elevata (38,3); l'addome è occupato dal tumore uterino discretamente sviluppato, *ma dolente anche sotto dolce pressione su tutta la faccia anteriore:* la percussione sull'ambito uterino mostra la presenza di gaz; la palpazione, date le circostanze del caso, è affatto negativa.

Fra i genitali esterni, mediocremente edematosi, sta l'avambraccio sinistro: la mano corrispondente offre il palmo all'avanti ed un po' a destra, il pollice all'avanti e verso la coscia sinistra della madre, il dito mignolo posteriormente ed un po' a destra. L'atteggiamento della mano deporrebbe adunque per una presentazione del piano laterale sinistro dorso-posteriore.

Il riscontro conferma pienamente tale supposto poichè è facile esplorare la scapola sinistra rivolta posteriormente e coll'angolo inferiore verso la fossa iliaca destra. La parte presentata (tronco) *non è impegnata nè tende ad impegnarsi* nello stretto superiore. Al di dietro dell'arto superiore sinistro (procidente) sta lunga ansa di cordone procidente *non pulsante;* a completare il risultato si deve aggiungere che l'avambraccio sinistro tumido, bluastro, è completamente decuticulato, e che il dito portato in vagina con tutta facilità arriva sul promontorio sacro-vertebrale; la distanza dal punto più sporgente al margine inferiore della sinfisi del pube è valutata in mill. 84; la conjugata vera o spazio utile allo stretto superiore nel senso antero-posteriore, si crede quindi oscillante fra 72 e 74 mill.

L'orificio uterino si adagia sulla parte presentata, dilatato a 5 o 6 ctm., si lascia però facilmente portare dal dito fino alle pareti pelviche.

L'attuale era la quarta gravidanza. La prima, portata a termine era stata terminata con laboriosissima operazione embriotomica, e a quanto afferma la donna, rimase poi a letto per cinque mesi. La seconda e la terza furono ad arte interrotte nel corso dell'8º mese col metodo di Krause.

Riepilogando avevamo a fare con una donna IVpara, in travaglio di parto, con feto putrefatto, in presentazione di spalla sinistra dorso posteriore, con pelvi rachitica piatta (C. V. da 72 a 74 mill.) coll'aggravante *di quattro inutili e vigorosi tentativi di rivolgimento fatti a domicilio.*

Ecco il caso che ci veniva offerto.

Il programma terapeutico fu il seguente: rifare alquanto le

forze della paziente con eccitanti diffusivi e con il riscaldamento: tentare una volta il rivolgimento nella cloronarcosi, in vista del fatto che la parte presentata *per nulla era impegnata nè tendeva ad esserlo;* riuscito inutile il circospetto tentativo passare prontamente all'embriotomia.

Il vino di Marsala, i panni caldi prestamente ottennero il primo intento; il cloroformio amministrato con molta circospezione, stante il debole organismo e la prostazione della donna, in pochi istanti rese insensibile la donna.

Allora il Professore incaricò lo scrivente di compiere la terza parte od almeno di tentarla.

Stabilita la diagnosi di presentazione nella spalla sinistra dorso posteriore, fu prescelta la posizione sul fianco destro e fu introdotta ne' genitali al davanti dell'arto procidente la mano sinistra. Facilmente e senza incontrare ostacoli penetrò la mano nel cavo uterino, e raggiunto in alto ed a destra il piede sinistro, questo veniva trascinato in vagina: fin qui la cosa era corsa affatto liscia; la seconda parte, l'estrazione, riuscì più difficile: 1.° perchè alquanto lenta la evoluzione fetale, conseguenza probabile dell'aver abbassato il piede corrispondente al piano laterale presentato; 2.° perchè la putrefazione iniziata del feto lasciava una presa infida sull' arto abbassato. Una prova di ciò sta nel fatto che al momento in cui la natica fetale si veniva ad impegnare nello stretto superiore un rumore di scroscio ci avvertiva che l'arto cedeva, ed il fatto era ancor meglio attestato dall'allungamento e più tardi dal distacco completo dell' arto. Fu allora necessario abbassare l'arto destro sul quale prontamente si fece l'estrazione dell'intero tronco, non avendo offerto ostacoli il disimpegno delle braccia. Compiuta la estrazione del tronco il capo venne a trovarsi coll' occipite rivolto direttamente all' indietro, condizione questa assai sfavorevole per poter far superare l'ostacolo pelvico; con lento moto di rotazione del tronco si riuscì però facilmente a portare l'occipite direttamente a destra; uncinata allora la mandibola e combinando trazioni sul tronco e sul mento a valida spremitura attraverso la parete addominale ed uterina il capo superò assai prontamente l'ostacolo, risultato questo che deve certamente ascriversi per buona parte al fatto dell' avviata putrefazione fetale.

Poco dopo era compiuto anche il secondamento.

Subito dopo il parto la temperatura ascellare della donna se-

gnava 39,2, e durante l'atto operativo si dovette desistere dalla somministrazione del cloroformio, attesa una minaccia di collasso, scongiurata mediante l'iniezione sottocutanea di 2 grm. di etere solforico.

Come era da aspettarsi il puerperio decorse morbosamente, e non ostante i soliti soccorsi la donna cessava di vivere alla sera del 3º giorno di puerperio (10. 30 pom. del 1º aprile), dopo aver offerto in vita i segni più spiccati della peritonite diffusa.

L'autopsia, eseguita 36 ore dopo, mostrava: utero assai voluminoso, molle, disteso da gaz. La faccia anteriore e superiore del viscere di un colore nero-bluastro, già dall'esterno appare molto assottigliata. Sollevando l'utero si scorge alla sua faccia posteriore, poco all'interno della inserzione del legamento largo sinistro, una smagliatura interessante il rivestimento sieroso a forma romboidale lunga circa 1 ctm. larga 1|2. Altra simile si trova in corrispondenza del fondo, decorrente sulla linea che unisce l'uno all'altro corno uterino e lunga circa 1 ctm.

Staccato l'utero, la vagina e la vescica, e spaccati longitudinalmente, si vede: vescica affatto sana senza la più piccola emorragia sotto-mucosa, vagina pure integra, presentante sulla sua parete vaginale sinistra una cicatrice a forma stellata; all'esame dell'utero colpisce il marcato contrasto fra lo spessore della parete anteriore e superiore, e quello delle regioni laterali e della parete posteriore; quelle sono sottili, cedevoli, nero-bluastre, queste sono spesse, consistenti, del roseo sporco che siamo soliti a vedere negli uteri puerperali recenti. La superficie interna è poi completamente coperta da una quantità di filamenti fortemente aderenti alla parete uterina.

La pelvi bassa, con promontorio pure piuttosto basso, ha il tipo della semplicemente piatta; le due metà sono simmetriche. Lo spazio minimo fra il punto più sporgente del promontorio e quello della faccia posteriore della sinfisi del pube misura mill. 75, tolte le parti molli; valutando almeno 3 mill. lo spessore di queste, lo spazio utile sarebbe stato di 72 mill., concordando pienamente questa misura con quella diagnosticata prima dell'atto operativo.

Le anse intestinali sono oltremodo distese ed il peritoneo non mostra lesioni apprezzabili. La diagnosi adunque deve così concepirsi: *Setticemia acutissima; contusione enorme della parete anteriore dell'utero; rottura doppia del rivestimento sieroso.*

Qualche considerazione ancora e poi siamo all'argomento che ci determinò alla presente nota.

Perchè non riuscirono i due pratici che reiteratamente fuori dell'Ospizio tentarono il rivolgimento?

È nostra convinzione che fu trascurata o fu errata la diagnosi di posizione del feto; e le graffiature molteplici che il cadaverino di questo ci mostrò sulla *regione dorsale*, sono là a testimoniare che la mano fu introdotta almeno qualche volta fra dorso fetale e parete uterina, ed invano furono perciò ricercati que' piedi che si volevano abbassare.

Quali conseguenze poi i tentativi ripetuti abbiano portato al viscere uterino può di leggeri immaginarlo chi abbia letto il breve reperto soprassegnato.

Ed ora al feto.

È una femmina poco sviluppata, del peso di soli grm. 2300, lunga ctm. 48,5. L'arto inferiore sinistro è staccato ma non in corrispondenza delle epifisi e delle articolazioni dell'arto, ma per distacco di una porzione del pube dalla metà sinistra della pelvi fetale.

Il capo è completamente schiacciato e presenta una marcata e profondissima depressione in corrispondenza della sutura fronto-parietale sinistra (quella che venne appunto a trovarsi ridosso del promontorio). La sostanza cerebrale del feto s'è fatta strada attraverso la fontanella fronto-parieto-temporale sinistra, raccogliendosi al disotto della guancia sinistra e formando quivi un tumore fluttuante. Altra raccolta troviamo alla faccia anteriore del collo al di dietro della tiroidea, simulante un gozzo.

Ne' cavi pleurici i due polmoni non mostrano traccia d'aria. Il cuore fetale vien staccato solo dopo aver legati strettamente tutti i vasi che da esso partono o ad esso arrivano.

Ed ecco il reperto che s'ebbe: il cuore come viscere a sè nulla presenta che sia degno di nota. Nel seno sinistro e nel ventricolo sinistro poco sangue prosciolto che nulla offre di particolare. Nel seno destro invece, *che è mediocremente disteso, sta raccolto del sangue prosciolto commisto a numerose particelle, molliccie, biancastre di volume variabile da un granello di miglio ad un grano di frumento.* Già ad occhio nudo ricordano nel colore la sostanza cerebrale del feto. Ma quello che decide la questione è l'esame microscopico.

Prendendo una gocciolina di tal sangue, stemperandola con altra goccia di soluzione di cloruro sodico (0,75 per 0/0), e osservandola al microscopio è facile scorgere qua e là fra globulo e globulo, *cellule nervose perfettamente conservate e nettamente preparate.*

Se invece del prosciolto sangue si mette al microscopio un pezzetto della notata sostanza ad esso commista, non è difficile scorgere, nel campo di una sostanza biancastra granulosa, *esilissimi vasi ripieni di sangue, suddividentisi variamente ed offerenti tutti i caratteri dei capillari.*

Tale reperto così netto, così indiscutibile, e poterono osservarlo anche il mio maestro Prof. Chiara ed il Dott. Mangiagalli, medico 1° assistente, ci permetteva di stabilire in modo assoluto la presenza della sostanza cerebrale nel cuore del feto.

La forte compressione del capo subita al momento del passaggio attraverso al punto stenotico, determinò, sia permessa la frase, lo *scoppio* della scatola cranica, donde una parte del contenuto cranico si fece strada all'esterno, altra invece si avviò nel circolo fetale per la strada de' seni venosi e guadagnò per quella via il seno destro del cuore.

Ho voluto render pubblico tale reperto anatomico non già nella pretesa di dir cosa nuova, ma per rispondere all'invito che il Dott. Mangiagalli rivolgeva agli ostetrici italiani in una sua brevissima nota pubblicata negli *Annali di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria,* Vol. II, 1880, dal titolo: *Di una curiosa emigrazione della sostanza cerebrale del feto*, e nella quale rendeva conto dei singolari reperti dal Ruge fatti conoscere nella *Zeitschrift für Gebürsthülfe und Gynaekologie.* Parte II, Vol. IV, 1879.

In quella breve memoria il Mangiagalli riporta le tre osservazioni raccolte dal Ruge, e dice pure che questo autore respinge la obbiezione che quelle particelle potessero essere invece che sostanza cerebrale, formazioni fibrinose, ricordando la presenza dei capillari.

Per conto mio, oltrechè per questo fatto importantissimo, mi pare indubbia la cosa qualora si ricordi che si può dimostrare la *presenza di elementi nervosi disseminati fra gli elementi propri del sangue.*

CASO DI PARTO PER LA SPALLA

FAVORITO CON IL FORCIPE

narrato

dal Dottore V. CRAPOLS

Molteplici occupazioni mi hanno fino ad ora impedito di scrivere la storia di questo caso che desidero narrare sia perchè esso è una splendida conferma di quanto su tal proposito hanno scritto (per tacere degli autori più antichi e stranieri) più recentemente i chiarissimi professori Lazzatti, Chiara e dott. P. Negri di Milano, l'egregio dott. Grassi ed il mio condiscepolo e carissimo amico dott. F. Boncinelli di Firenze; sia perchè, come giustamente si esprime il dott. Grassi (1), « è bene che la messe dei casi pratici venga sempre ad aumentarsi con nuovi contributi, e questi saranno tanto più persuasivi quanto più varia sarà la regione dalla quale provengono; » sia finalmente perchè in questo caso il complemento artificiale dell'evoluzione si ottenne coll'ajuto di un istrumento che, per quanto io mi sappia, nessuno ha fino ad ora adoperato a tale scopo, coll'ajuto, cioè, del forcipe.

Ecco in breve la narrazione del caso occorsomi:

Alle ore 9 mattina del 21 febbrajo u. s., venni ricercato per una donna in soprapparto che, secondo quanto asseriva la levatrice, non poteva essere liberata senza l'intervento del chirurgo. La persona che venne a ricercarmi mi avvertì pure che la levatrice aveva detto che portassi meco i *ferri* (è questo il nome con cui sogliono qui denominare il forcipe). Risposi al messo che do-

---

(1) *L'Imparziale,* anno 1880 pag. 607.

vevo fare una breve ma urgente visita nelle vicinanze, e dopo mi sarei recato subito da questa partoriente. Vi giunsi infatti poco prima delle 9 e mezza.

Appena arrivato là, mi si fece incontro la levatrice, che con voce concitata e commossa mi narrò che nella donna si erano manifestati i dolori fino dalla mezzanotte antecedente, che essa era stata chiamata ad ora inoltrata della notte, che alle 6 del mattino si era rotta la borsa delle acque con abbondante scolo delle medesime, al quale aveva tenuto immediatamente dietro la fuoruscita di un braccio, che essa giudicava, senza però poterlo giurare (!), che fosse il sinistro, e del cordone ombellicale; che le contrazioni uterine avevano continuato ancora per qualche tempo poi erano cessate del tutto. Essa mi scongiurava inoltre a voler credere che non aveva nessuna colpa in questo accidente nè nel ritardo frapposto a mandare in cerca di me o di altro sanitario, che non era stato possibile trovare prima. Tranquillizzai quella povera vecchia e sorda mammana, limitandomi a chiederle se aveva fatto trazioni sul braccio procidente, al che essa diede risposta negativa, e passai ad esaminare la partoriente.

Era questa certa Marchese Luigia, di anni 30, di sana e robusta costituzione, di sviluppo corporeo più che ordinario, madre già di tre figli viventi, partoriti a termine e felicemente. Anche questa gravidanza era a termine, e le asserzioni della donna confermavano quanto mi aveva narrato la levatrice riguardo al'iniziamento ed al successivo andamento del travaglio di parto. La donna non provava dolori ma un senso molestissimo di peso in fondo al bacino; diceva di avere avvertiti i movimenti del feto per qualche tempo dopo lo scolo delle acque e poi non più. Essa era in preda a grave ambascia e si credeva dannata a certa ed inevitabile morte; aveva polsi piccoli e frequenti, bocca arsa ed asciutta, e si raccomandava con fievole voce per essere prontamente liberata; preghiera a cui facevano eco in coro gli astanti.

Come ho già detto, la donna è ben conformata, ed anche il di lei bacino ha dimensioni e sviluppo normali. Fuori della vulva pendeva tutto quanto l'avambraccio sinistro, che nella parte fuoruscita era tumido e livido: il dorso della mano guardava in avanti, il pollice verso la faccia interna della coscia destra della madre; ergo, presentazione della spalla sinistra, dorso anteriore. Rasente all'avambraccio stava un'ansa di cordone ombellicale che arrivava fino all'articolazione radio-carpea del braccio fuoruscito.

L'utero era inerte, per spasmo, con le sue pareti validamente contratte ed addossate alle sporgenze formate dalle varie parti del feto. Risultato dell'ascoltazione, attentamente e ripetutamente praticata, completamente negativo, come faceva prevedere il silenzio del cordone ombellicale.

Proposi tosto a me stesso l'arduo quesito, *quid agendum?* Il forcipe, che aveva meco portato, mi sembrava strumento in quella circostanza inutile; il rivolgimento mi pareva operazione non facile a praticarsi in quel caso e sopratutto non scevra di pericoli per la madre. Non rimaneva dunque altro mezzo per liberare la donna che ricorrere ad un processo embriotomico, all'esecuzione del quale era circostanza incoraggiante quella della constatata morte del feto. Questa stessa circostanza però, unita ad altre (pluriparità della donna, bacino ampio, forte impegno della spalla presentata), mi fece pensare alla possibilità di un altro modo di terminazione del parto, cioè alla evoluzione podalica. L'inerzia spastica dell'utero e le poco soddisfacenti condizioni generali della donna non mi permettevano di sperare che ciò potesse effettuarsi spontaneamente, nè l'impazienza della partoriente e più ancora quella dei parenti, avrebbero consentita una lunga aspettazione, la quale del resto, anche a mio avviso, avrebbe potuto riuscire più dannosa che utile. Mi sembrò quindi di trovarmi di fronte ad una serie di fatti che consigliassero e quasi imponessero d'intervenire con una certa prontezza, e di tentare, prima di ricorrere a qualche altro più grave compenso, di praticare artificialmente il parto per la spalla. Sapendo però come questa sia operazione non praticata ed anzi non accettata (tranne forse in condizioni eccezionalissime che qui non esistevano) dai miei colleghi di questa città, ed avendo inoltre compreso che mi trovavo presso persone facili a mettere a carico dell'ostetrico una catastrofe, qualora essa si fosse verificata, in ispecie se questa avesse tenuto dietro alla esecuzione di un atto operativo, come ho detto di sopra non accettato dagli altri chirurghi, desiderai non accingermi da solo all'impresa. Tratti perciò in disparte i parenti della donna, li avvisai che il caso era grave, non però disperato per la madre (quanto al feto aanunziai loro che era già morto), la quale non avrebbe potuto essere liberata senza un'operazione, prima di accingermi alla quale desiderava il parere di altro sanitario. Aderirono essi ed andarono subito alla ricerca facendosi promettere da me che non avrei nel frattempo abbandonato la partoriente.

Misi a profitto questo intervallo di tempo per tentare di rialzare con parole di conforto il morale dell'ammalata, per sostenerne le forze con qualche cordiale e per farla collocare in posizione più adatta per le manovre che sarebbero state necessarie, cioè a sponda di letto.

I messi furono fortunati, chè dopo brevi ricerche ritornarono accompagnati dagli egregi colleghi dottori Zunini e Rossi, il primo dei quali distintissimo medico, ma poco o nulla dedito alla pratica chirurgica ed ostetrlca. Esposi succintamente ai consulenti lo stato delle cose, pregai il dott. Rossi di passare all'esame locale ed attesi da loro suggerimento e consiglio. Questo fu che dovessi tentare il rivolgimento. Non mancai di far loro osservare che stante il profondo impegno della spalla e la retrazione dell'utero sul corpo del feto, credevo il rivolgimento impresa ardua ed anco pericolosa; ma insistendo essi, condiscesi a tentarlo.

Le mie previsioni non andarono fallite, chè essendo il piccolo bacino in grandissima parte occupato dalla spalla che si presentava, riusciva impossibile giungere ad afferrare i piedi che si trovavano a destra ed in alto, per cui desistetti ben presto da ulteriori tentativi in questo senso. Durante i medesimi però aveva potuto acquistare cognizioni che mi parvero utilissime, cioè:

1° Che la spalla era profondamente impegnata, e siccome nessuno aveva fatto fino allora trazioni sul braccio procidente, questo impegno non poteva essere che il risultato delle contrazioni dell'utero che avevano preceduto l'attuale inerzia spasmodica del medesimo; la natura adunque aveva già iniziato il lavoro della evoluzione spontanea.

2° Che il dorso del feto non guardava direttamente in avanti ma bensì obliquamente verso il lato sinistro della madre. Tenterò di esprimermi più chiaramente dicendo che il tronco del feto aveva, rispetto all'asse longitudinale del corpo della madre, una posizione obliqua dall'alto al basso, dall'avanti all'indietro e da destra a sinistra; il piano laterale destro del torace in alto, il sinistro in basso.

3° Che passando la mano, ossia le quattro ultime dita della medesima dietro alla sinfisi del pube, si poteva giungere sul collo del feto, stirato in alto ed a destra, ed anco con qualche stento a toccare una regione del capo fetale che sembrava l'occipitale.

Riconosciuta l'impossibilità di praticare il rivolgimento, non restava che ricorrere alla embriotomia, giacchè quanto alla evoluzione

podalica strumentale, a cui io aveva accennato come mezzo di liberare artificialmente la donna, non era ritenuta possibile dai miei colleghi, trattandosi di gravidanza a termine. A me invece, ad onta di questa circostanza certo sfavorevole al compimento di tale operazione, sembrava che essa dovesse esser possibile, confortato in ciò dalla presenza di altre condizioni favorevoli, quali, donna ben conformata con bacino ampio e multipara, morte del feto, profondo impegno della spalla, quindi processo di evoluzione spontanea già iniziato dalla natura e rimasto poi interrotto per la sopraggiunta inerzia spasmodica dell' utero, tuttora persistente. Feci intendere quindi ai miei egregi colleghi che desiderava e credeva conveniente tentare il complemento artificiale della evoluzione spontanea, prima di ricorrere ad altri più gravi compensi. Ma con quali mezzi?

Se avessi avuto presso di me l'uncino acuto, non avrei esitato a servirmene attenendomi ai suggerimenti ed alla pratica del prof. Chiara, seguita dai di lui egregi assistenti dottori Mangiagalli e Negri; ma l'uncino non c'era, e prima di lasciare l'ammalata per andarmelo a procurare, pensai se vi potesse essere altro mezzo per liberare la donna. Nei tentativi di rivolgimento che aveva fatto poc'anzi, avevo pensato fra me che se le quattro dita della mia mano avessero potuto giungere sul piano laterale destro del torace del feto, uncinarlo e tirarlo in basso ed in avanti, il parto si sarebbe forse potuto effettuare senza gravi difficoltà. Ma dove non arrivava colla mia mano, non avrei forse potuto arrivare col forcipe ed affidare a questo l'ufficio di quella?

Balenatami alla mente quest'idea, la tradussi subito in atto, ed applicate le branche dell'istrumento, dopo essermi assicurato che le estremità delle medesime erano giunte in corrispondenza del piano laterale destro del torace del feto, le articolai come meglio potei e feci alcune energiche tirate. Dopo poche delle medesime però il forcipe lasciò presa e scivolò, ma senza danno delle parti genitali della madre, perchè prevedendo questa evenienza, mi ci teneva preparato. L'opera del forcipe peraltro non era stata infruttuosa, chè si sentiva come dopo quella trazione il tronco del feto fosse notevolmente disceso. Fatto constatare anche ai miei colleghi la buona riuscita di questo tentativo, ebbi da loro incoraggiamento e consiglio a ricorrere ad una seconda applicazione. La feci immediatamente e pregai il collega dott. Rossi, sentendomi io un po' stanco, di eseguire egli le trazioni, mentre io con delle

armoniche tirate sul braccio procidente, circondato da un laccio, cercava di far discendere sempre più la spalla e d'impegnarla sotto l'arcata del pube. Anche in mano del dott. Rossi, dopo poche ma valide trazioni, il forcipe lasciò presa e scivolò. Ormai però l'ajuto di questo strumento era inutile, la vittoria era nostra; chè divaricate appena le grandi labbra, vidi presentarsi alla vulva il tronco del feto. Introdotta allora prontamente la mia mano destra in vagina, colle quattro ultime dita della stessa, uncinai il tronco, e dietro l'impiego di pochissima forza traente vidi scivolare successivamente fuori delle parti genitali il lato sinistro del torace, l'anca omonima, le natiche e gli arti inferiori; uncinato poi il braccio destro del feto, trassi fuori pur quello; la testa seguì prontamente il resto del corpo.

Il feto così estratto era di sesso femminino, a termine, e bene sviluppato. Duolmi di aver trascurato, anco per la mancanza delle comodità necessarie, la pesatura e la misurazione del feto; ma che esso avesse sviluppo per lo meno normale, lo rilevo anche dal fatto che consegnatolo dopo reciso il cordone ad una delle astanti, questa esclamò nel proprio dialetto appena l'ebbe nelle braccia: « *Che figgea grossa! e comm'a peisa!* (che bambina grossa! e come pesa!) »

Eseguito quindi il secondamento, feci collocare la donna in altro letto, ove passò felicemente, tranne qualche dolore vagante negli arti inferiori, i primi dieci giorni del puerperio, trascorsi i quali l'abbandonò per riprendere gradatamente le di lei abituali occupazioni.

Io mi astengo dall'aggiungere qualsiasi commento a questa narrazione, perchè davvero non saprei dire nulla di più nè di meglio di quanto su questo importante argomento han già detto vari autori, ed in ispecial modo quei chiarissimi che ho citati al principio di questo mio scritto. Dirò soltanto come sia lieto che mi si sia presentata una occasione di più per constatare ciò che del resto tutti sanno, vale a dire quale prezioso istrumento sia il forcipe e quali eminenti servigi esso possa rendere all'ostetrico e più specialmente a quelle povere donne cui la capricciosa natura si diverte talvolta a rendere *sì dolorose* le gioje della maternità.

Savona, aprile 1882.

UNA CRETINA ED UNA MICROCEFALA

nell'Istituto Ostetrico di Parma

nota clinico-anatomica

DEL PROF. G. CALDERINI

Nell'anno 1880 una *cretina* ed una *microcefala* si sgravarono nell'Istituto ostetrico di Parma, e ne uscirono l'una per passare nel Manicomio provinciale a Colorno, dove trovasi tuttora, l'altra per far ritorno al suo paese.

Il *cretinismo* e la *microcefalia* interessano per molti riguardi i cultori della scienza, e sebbene i due soggetti ch'io presento non offrono il massimo grado di cretinismo e di microcefalia, credetti tuttavia utile render conto dello studio che su di essi ho fatto durante la permanenza loro nell'istituto da me diretto. Che si tratti poi realmente di cretinismo e di microcefalia si renderà manifesto dalla descrizione dei caratteri che presentavano le due donne, dalla quale apparirà pure quale fosse il grado di cretinismo e di microcefalia che l'una e l'altra donna offrivano.

Cretina. — Registrata col N. 7666. — Dalla madre che l'accompagnò si seppe chiamarsi Luigia T.; aver cominciato *a camminare* soltanto a 5 anni, per questo e per la mancanza di voci articolate i parenti cominciarono fin da quel tempo a dubitare che la bambina non si sarebbe sviluppata normalmente. A 15 anni ebbe la prima mestruazione; le mestruazioni seguenti si ripetevano regolarmente, durando 5-6 giorni. Quando entrò nell'istituto aveva 23 anni. La madre mostrava regolare intelligenza. Ebbe 7 figli; la Luigia fu la primogenita e fu partorita con difficoltà; gli altri figli, al dire della madre, offrono intelligenza normale. Dalla madre pure raccolsi le notizie risguardanti l'esordire e l'andamento della gravidanza, le quali riferirò più innanzi.

Dal signor Sindaco del Comune di Valmozzola, Provincia di Parma, Circondario di Borgotaro, situato negli Appennini nella Valle della Mozzola, confluente sulla sinistra del Taro, ebbi, in data 24 febbraio 1881, cortese risposta ad una mia lettera colle seguenti notizie interessanti:

« 1.º Nel paese della Luigia non vi sono cretini;

2.º Nella regione per contro, dov'è il paese, vi sono diverse persone affette da gozzo e due o tre affette da cretinismo;

3.º I genitori della Luigia sono sani, intelligenti e costrutti regolarmente;

4.º I fratelli della Luigia non sono affetti da malattie di sorta, e sono robusti;

5.º La madre durante la gravidanza della Luigia ebbe a soffrire dispiaceri gravi per dissensioni di famiglia;

6.º Anche durante l'allattamento durarono i dispiaceri anzidetti;

7.º Il paese è in fondo ad una valle distante circa 300 metri dai torrenti Testanella e Taro e posto a mezzodì;

8.º La natura del suolo è piuttosto sterile, asciutta, il clima piuttosto caldo, le acque sono buone (1);

9.º La popolazione attende esclusivamente all'agricoltura;

10.º In generale gli abitanti sono sobri nel bere e nel mangiare e di buoni costumi;

11.º Un fratello del T. Francesco, padre della Luigia, ha egli pure un figlio sordo-muto con gozzo e quasi cretino;

12.º La madre della Luigia ebbe una gestazione cattivissima per tutto il suo corso, per tutto quel periodo di tempo a lei non era dato di poter mangiare che verdura ed agrumi di nessuna sostanza, mentre nelle altre gravidanze soffrì nulla, osservando in pari tempo che essa ritiene di avere portato nel suo seno la detta sua figlia dieci mesi. »

---

(1) Avendo presentato la cretina alle *Conferenze di scienze mediche e naturali*, che si tengono settimanalmente fra gli insegnanti di questa Università, il Prof. Majocchi, insegnante dermosifilopatia ed appassionato cultore di micologia si assunse l'impegno di esaminare le acque di Valmozzola dal lato morfologico. Studio interessante dopochè Klebs trovò microbi speciali nelle acque dei luoghi dove domina il gozzo e con esse acque riuscì ad eccitare artificialmente la evoluzione del gozzo negli animali.

L'ultima mestruazione deve essere avvenuta fra aprile e maggio del 1880, perchè la madre avvertì l'amenorrea tra maggio e giugno. Circa la metà di luglio la Luigia ebbe vomito di materie verdastre, inappetenza e malessere generale tanto che si credette dovesse morire, il suo vitto ordinario era la polenta.

Presenta l'abito del cretinismo. Statura metri 1. 47; peso chilogrammi 53; tinta anemica. Capelli duri, lunghi, folti, di colorito castano scuro, si impiantano molto in basso nella pelle del fronte ed all'innanzi degli orecchi, testa di forma brachicefala e assimetrica, occipite piatto, gobbe parietali sporgenti, apofisi mastoidee molto grosse. Orecchie grosse, fronte bassa con leggero solco trasversale, sopracciglia e ciglia folte, del medesimo colorito dei capelli. Occhi allontanati, palpebre socchiuse, sguardo inespressivo, fisonomia seria, che muta solo per riso o per pianto. Naso largo, labbra grosse, mascella superiore sporgente, denti irregolari, in parte cariati, mento acuto entrante, tipo prognoto, colorito terreo. Gozzo laterale destro e mediano, ciascuna parte è grossa come un ovo di gallina. Collo corto e grosso. Ossa degli arti corte, arcuate alquanto le ossa delle gambe, i femori piegati innanzi ed infuori, arcuate le tibie infuori; le ginocchia non si toccano, i malleoli sono grossi, gli interni si toccano. Mani piatte piegate sull'avambraccio, in pronazione, le dita semiflesse; avambraccio piegato sul braccio (atteggiamento abituale). Il piede non è piatto, le dita sono grosse e lunghe. Torace ben conformato, le anche sono poco sporgenti, peli ai genitali abbastanza sviluppati, ninfe molto sviluppate, come nelle persone che ebbero frequenti contatti. Sta volentieri seduta e, giacendo, decombe volentieri sopra un lato, preferibilmente sul fianco destro. Leggera deviazione dorsale sinistra e lombare destra non permanenti. Sente suoni e vede, ha poca sensibilità tattile, emette voci non bene articolate. D'ordinario se ne sta quieta e tranquilla, mostrasi capace di leggero grado di educazione per mezzo di imitazione, è noncurante affatto di sè. Costretta a camminare va barcollando e in modo cadenzato, par che tenda a mettersi carpone, poggia sul suolo il margine esterno del piede e porta la punta di esso indentro. Offre mediocre sviluppo muscolare ed è debole, anemica. Una servente fu incaricata di attendere esclusivamente al suo governo.

All'esame ostetrico si procedette due giorni dopo l'ingresso della cretina nell'Istituto. Le mammelle erano ben conformate e mostravano le solite modificazioni indotte dalla gravidanza, se-

cernevano colostro. Si trovarono i caratteri della primiparità, si giudicò essere la gravidanza nella prima quindicina dell'ottavo mese, il feto vivo, col battito cardiaco a destra (132 per minuto), situazione longitudinale e presentazione cefalica mobile sopra lo stretto superiore. La pelvimetria diede i seguenti risultati: Sp. sp. 20 ctm.; cr. cr. 24; D. B. 18; bitrocant. 27; C. D. 10,5-11,0; C. V. 95; circonferenza del bacino, misurata fra le creste ed i bitrocanteri, 82; altezza della sinfisi del pube 4,5; Diam. obl. sin. est, 20; destro, 19,5. Colla scorta di queste misure si diagnosticò: *Bacino ristretto in totalità irregolarmente.* Avuto riguardo all'accorciamento *poco notevole della conjugata,* alla primiparità ed alla piccolezza del feto si pronosticò sarebbe avvenuto il parto spontaneo. Vi era leggero edema alle estremità inferiori, ma non si trovò albumina nelle orine; dipendente quindi da leggera idroemia per cattiva alimentazione e da compressione (edema meccanico).

Avvenne il parto naturale facile, con anticipazione di due settimane circa, il 12 febbraio alle 10. 30 ant. Il travaglio durò ore 7. 40 e cominciò nelle ore pom. del giorno 11. Nel mattino la donna era allegra, nelle ore pom. cominciò a mostrarsi inquieta, poi dormì fino a mezzanotte. I primi dolori comparvero alle 3 del mattino e furono accompagnati da vomito e questo si ripetè lungo il primo periodo. Le contrazioni si fecero presto frequenti, valide e regolari; la dilatazione fu di 6 cent. alle ore 9 ant.; la testa rimase a lungo allo stretto superiore, il battito cardiaco sentivasi nel quadrante inferiore destro. Alle 9. 25 avvenne la rottura spontanea delle membrane. La testa s'impegnò in seconda posizione del vertice; espulsa la testa alle 10. 30, si trovò un giro di cordone attorno al collo e si portò indietro, poco dopo uscì il tronco. Femmina, sana, che vagì subito, pesante grm. 3000; lunga ctm. 47; diam. bip. 9, bim. 8; grande circonferenza 34, piccola 32; secondamento facile e completo Temp. della donna 37°, polso 96, resp. 24. Brividi di freddo. Lacerazione ai genitali alquanto estesa. Il feto non presentava anomalie speciali, però nella faccia e nei capelli assomigliava molto alla madre.

Durante il parto la Luigia tenne un contegno un po' bestiale; si contorceva e si dibatteva nel letto ed urlava ad ogni dolore; nell'ultimo momento del periodo espulsivo si tenne quieta in posizione dorsale ed appena uscito il feto si ristette dal gridare.

Udendo il vagito del neonato la donna alzò il capo per vedere che vi fosse di nuovo, e quando le si presentò il bambino fasciato

parve cercasse di avvicinarlo al seno, forse per aver visto che in braccio alla servente egli stava disposto appunto come sta il bambino che prende il latte. Sarebbe stata assolutamente incapace di allevare il bambino e anche solo di porgere regolarmente il seno, quanto a questo però per imitazione l'avrebbe forse appreso. Parecchi atti aveva imparato per imitazione dalla sua servente e da una alunna, fra gli altri l'atto di soffiarsi il naso.

Il puerperio fu anormale per fenomeni di parametrite, la temperatura salì nel secondo giorno a 40,2, il polso a 144. La donna migliorò presto e si alzò al 10° giorno. Durante il puerperio pareva più melanconica e quieta. L'evoluzione lattea non fu molto pronunciata. In puerperio si sporcava come in gravidanza, senza avvisare, e per questo e per la difficoltà di metterla a letto, si faceva giacere su di un paglericcio posto in terra. L'appetito in gravidanza fu sempre lodevole, diminuì notevolmente in puerperio.

Addì 27 febbraio, ossia 15 giorni dopo il parto, si fece la visita che suolsi fare prima della dimissione dell'istituto, e si constatò che lo stato di nutrizione della donna era meno lodevole che prima del parto e che era ancora molto notevole l'anemia; l'appetito cominciava a riapparire, polso 72, regolare. Le mammelle poco sviluppate secernevano colostro; l'addome era globoso, cedevole, indolente, privo di smagliature; non si sentiva l'utero colla palpazione esterna; col riscontro vaginale si trovò il collo molle, basso, lungo una mezza falange, il dito penetrava nel canal cervicale fino all'orifizio interno, l'orifizio esterno presentava una sfrangiatura a destra, il fondo dell'utero era a due dita trasverse sopra il pube, vagina ampia, intestino pieno.

Fu mandata all'Ospedale civile ed accolta nella clinica delle malattie mentali, diretta dal Prof. A. Cugini, di poi passò al Manicomio di Colorno dove vive tuttora, e di dove viene portata annualmente all'Ospedale per la clinica psichiatrica.

La bambina della cretina, Nili Eugenia, N. 31,532, fu data a nutrire in Solignano, luogo pure alpestre e pur esso situato nella valle del Taro, però in posizione salubre. Cessò di vivere il 4 giugno 1881. Chiesi al medico del paese informazioni ed ebbi dal Dott. Leoncini la seguente risposta colla data 30 marzo 1882:

« La bambina Nili Eugenia, N. 31532, che moriva il 4 giugno 1881 in Solignano, non aveva gozzo ma faccia cretinosa marcatissima, capelli lunghissimi di color scuro traenti al nero, mai camminò e nè poteva reggersi sulle gambe attesa la sua pessima confor-

mazione scheletrica. Anche all'epoca della morte non eravi traccia di prossima dentizione. Le mani ed i piedi erano sproporzionati al corpo per la loro lunghezza. Le facoltà intellettuali erano ottusissime. Dubito se sarebbe stata o no balbuziente. »

Esporrò più innanzi alcune considerazioni dopo aver detto della microcefala.

Microcefala. — La *microcefala* entrò nell'istituto addì 28 dicembre 1880. Le fu dato il N. 7762. D'anni 31, servente di campagna. Attirò tosto l'attenzione per la bassa statura, l'esilità del corpo, la piccolezza della testa e la faccia singolare.

Nel giorno seguente si procedette all'esame ostetrico e si trovò: le mammelle ben conformate e sviluppate secernenti colostro, utero globoso un po' più sviluppato a destra, smagliature agli inguini ed alle coscie, collo dell'utero conico, testa mobile allo stretto superiore, si raggiunse facilmente il promontorio, battito cardiaco a sinistra: 125 p. m.; circonferenza a livello dell'ombelico 77 ctm.; gravidanza al settimo mese; primipara.

Sebbene la donna fosse poco intelligente rispose tuttavia in modo che si potè sapere aver avuto le prime mestruazioni a 12 anni, le successive furono sempre regolari nel periodo di ritorno, sporcava due camicie. Queste asserzioni non hanno però un valore assoluto. Ebbe vomiti e pirosi, mostrava leucorrea; era di aspetto sofferente.

Fianchi pochi sporgenti; circonferenza del bacino, presa fra le creste ed i trocanteri, 67 ctm.; fra le spine, 23; fra le creste, 24; D. B. 16. Altezza verticale del sacro 8 ctm.; D. retto inferiore 7; traverso inferiore 8; bitrocanterico 26; altezza dell'osso iliaco 19. C. D. 10,5; C. V. 9. Si diagnosticò: *bacino piccolo, totalmente e quasi uniformemente ristretto.*

Le piccole labbra escivano per un traverso di dito dalle grandi e queste in alto non potevano avvicinarsi, e le piccole labbra erano coperte da cute come la superficie esterna delle grandi; clitoride lungo più di 4 ctm. (leggerissimo grado di apparente ermafroditismo), imene a forma circolare frangiato, leggera procidenza della parete anteriore della vagina, ostio-vaginale ristretto; poca sensibilità; durante la esplorazione si contraevano molto l'elevatore e lo sfintere dell'ano. Vagina liscia, umida, poco ampia. Il promontorio si raggiunse facilmente, il primo pezzo sacrale era alquanto sporgente, il promontorio offriva uno spigolo saliente. Altezza del pube ctm. 4. Col dito indice si percorse tutto

il contorno dello stretto superiore; coccige poco mobile. Si fece pronostico di possibile parto spontaneo, non ostante la stenosi pelvica avuto riguardo alla piccolezza del feto.

Esaminata la donna a nudo apparve di abito microcefalico; piccola la testa, specialmente poi piccolo il cranio, lunghe ed esili le estremità inferiori specialmente dal ginocchio in basso, brevi gli arti superiori.

Si manifestò in travaglio il 13 di marzo 1881, preceduto da due giorni di periodo prodromico; la testa si impegnò gradatamente ben flessa, il feto si mantenne vivo fino all'ultimo, si formò il tumore di parto, fu partorito asfittico e non si potè rianimarlo; furono causa dell'asfissia giri di cordone attorno al collo che non si poterono allargare. Il parto durò in tutto ore 23 ½; 1 ora ¼ durò il secondo periodo, il secondamento fu naturale; lacerazione di primo grado al perineo.

Presentazione: vertice, prima posizione. Neonato di sesso femmineo, peso gr. 2300, diam. bip. 8 cent., bim. 8. La donna dava molti segni di sofferenza. Temp. 38. Pulsaz. 90. Puerperio morboso per irritazione peritoneale. Guarigione. La donna uscì dall'istituto al 4 di aprile 1881 e fu ripresa a servizio dagli antichi padroni.

Venne a prenderla il suo padrone, dal quale ho potuto avere le seguenti informazioni: è nata a Rocca di Varsi, nella Valle del Ceno, confluente sulla sinistra del Taro, in Provincia di Parma; trovavasi a servire presso di lui in Bardi (nella stessa Valle del Ceno, in Provincia di Piacenza). Fu accolta a servizio perchè capitò colà come mendicante; attendeva a quell'ufficio da 7 anni. Il motivo pel quale si diede all'accattonaggio si fu l'essere stata spogliata di un suo piccolo podere da suo fratello col regalo di una veste. I suoi genitori erano morti da cinque o sei anni, all'epoca del racconto; la madre era piccola di statura e grossa, il padre era alto, sottile, secco, entrambi erano intelligenti. La madre ha avuto cinque figli, dei quali rimangono tre: due figlie ed un figlio; questi offre i denti molto sporgenti dalle labbra, ha l'aspetto di persona ignorante senza essere tale, è alto e regolarmente costrutto; la sorella è di media statura, d'aspetto meno sgradevole del fratello, poco intelligente, ha pur essa la testa piccola, ma non tanto come il soggetto di questo studio; maritata, ha due figli che non offrono alcuna particolarità nè fisica, nè psicologica; il fratello ha in moglie una donna sana e di bell'aspetto che ebbe 12 figli, 7 dei quali sono viventi, sani, di bell'aspetto e intelligenti.

La nostra microcefala ha 31 anni, fu allattata dalla madre, *nacque colla testa piccola*, e non sofferse malattie di rilievo. Era però debole di ventricolo, facilmente vomitava, aveva debolezza muscolare, non reggeva alla fatica; suo ufficio era accudire al bestiame e qualche po' filare; non sa nè cucire nè far calze, non conosce i numeri nè sa computare il tempo nè sa distinguere le stagioni, ma sorvegliava bene che il bestiame da essa governato non andasse nel campo altrui; ha un discreto sentimento religioso, ma il parroco non la credette atta a ricevere la comunione.

È un po' vanerella, abbastanza riservata in senso morale, ma le piace discorrere coi giovani. Crede il padrone, dal quale ebbi, come dissi, le notizie che vado esponendo, che nessun uomo abbia usato di lei prima dell'occasione della gravidanza, e che questa sia avvenuta per due o tre avvicinamenti per parte di un giovane servitore che viveva nella stessa famiglia. Essa tenne celato il fatto ai padroni e ci volle tempo per scoprire la gravidanza ed a far confessare dall'incinta l'accaduto. Il padrone crede che a Rocca di Varsi non vi siano nè altri microcefali, nè gozzuti, nè cretini. Egli la riprende volontieri al suo servizio perchè d'indole buona e sufficientemente capace di governare il bestiame.

Nel tempo di sua permanenza nell'istituto si potè fare il seguente studio: è maliziosetta, ma poco *intelligente*, conosce l'uso dell'orologio solo in quanto indica il mezzodì, tempo del pasto; conosce se è trattata bene o male dalle persone che l'attorniano. Sa il nome degli oggetti e delle persone; non sa far conti, fa tuttavia ragionamenti semplici, risponde anche con prontezza e fa sempre precedere la risposta colla frase « *sì, signor sì* » o « *sì, signor no* ». La *memoria* è debole ma esiste, ricorda chi la rese incinta, i padroni, i lavori cui attendeva, il compenso che riceveva, alcune particolarità del paese, degli abitanti, dei parenti; è discretamente sviluppata la *affettività;* le dispiace di abbandonare il bambino; vorrebbe allattarlo, vuol bene ai padroni ed alle persone che le usano riguardi. Ha discreto *senso morale,* sa che pei bisogni naturali conviene togliersi dalla vista della gente per non esporre le parti del corpo che devono stare coperte, sa che per il furto si può essere messi in prigione. È pure discretamente sviluppato il *sentimento religioso;* porta medaglie al collo, conosce le immagine religiose, la chiesa, il prete, parla di Dio buono, del paradiso e dell'inferno, e ogni volta le si parla del paradiso ripete: « i buoni vanno in paradiso i cattivi all'inferno. »

Dopo tutto questo dichiara prenderebbe marito quando ne trovasse uno che le piacesse. In conclusione: se per un verso si trova che le sue facoltà intellettuali sono realmente ristrette in piccola sfera, per l'altro si resta meravigliati che ancora tanta manifestazione di potenza intellettuale esca da così piccola testa.

Ora ecco alcuni dati raccolti dall'esame fisico.

Statura bassa (1); tosati i capelli, la testa appare assai piccola; fa impressione la piccolezza del cranio; la larghezza degli orecchi, la sporgenza dei zigomi ed il naso acuminato danno alla fisonomia il tipo del pipistrello. Vista la circonferenza orizzontale dall'alto, offre una forma romboidea regolare quasi rotonda, e si scorge la sporgenza del naso, delle sopracciglia e delle orecchie. La volta è piatta sui due lati, all'innanzi in modo obliquo, indietro è appiattita in senso verticale. Vista la testa di profilo lateralmente appare assai piccolo il cranio in confronto alla faccia, piccola pur essa; il culmine della volta è poco indietro di una verticale che passa per l'orecchio; sono lunghe e grosse le apofisi mastoidee, angolo facciale acuto, leggero prognatismo, fatto più dal labbro superiore che dalle ossa; orecchie relativamente grandi, occipite piatto. Osservata la testa posteriormente la curva superiore appare regolare; l'occipite appare piatto e sporgono ai lati le orecchie, capelli castani, ruvidi, piantati verticalmente, sopracciglia e ciglia di color castano e lunghe, iride colla tinta medesima, lo sguardo esprime poca intelligenza ed anche la fisionomia offre l'espressione di semi-idiota. Delle tre sezioni della faccia la più alta è la boccale, un po' meno la nasale, meno di tutte la frontale; sopracciglia sporgenti per essere sporgente la gobba ossea corrispondente, arcate soprarbitarie sporgenti, apertura palpebrale ampia, giuntura delle ossa nasali a livello delle giunture esterne delle aperture orbitrarie, arcate zigomatiche e zigomi sporgenti, mento acuto, poco sporgente, orecchi allargati, divise le cartilagini dell'apice del naso, regolari le fessure delle narici, si allargano le pinne nella inspirazione. Labbro superiore grosso, bocca semi-aperta. Mancano due incisivi inferiori mediani, i due laterali sono divaricati di centimetri 1 1|2 e la gengiva è sottile; non si sa capire se i denti negli spazii esistettero o non vi furono mai; la donna ri-

(1) La indicazione della statura andò perduta. Però possedendosi la fotografia della microcefala, ritratta insieme ad una servente che servì di termine di confronto, si fece una equazione e si ricavò essere la statura di metri 1,30.

sponde che esistevano, esistono i due canini ed i due primi molari per ogni parte, mancano due molari 3° e 4° da ogni lato, ma esistono piccole radici al loro posto. Il 5° di ogni lato è già attaccato da carie. Indietro non vi ha altro; questi denti della mandibola inferiore sono tutti regolarmente piantati, salvo i due incisivi che sono alquanto divaricati e sporgono un po' all'innanzi. Nella arcata superiore esistono quattro incisivi disposti irregolarmente, specialmente i due mediani che sono anche mobili e sono divaricati l'uno dall'altro ed il destro sporge innanzi, il sinistro indietro e sono anche più grossi degli altri due; vi sono cinque molari per parte anche più grossi degli inferiori, il 3° d'ambo i lati è più grosso e più basso e corrisponde ad uno spazio vuoto della mandibola inferiore, dietro al 5° non si sente più alcun indizio di germe dentario. L'arcata dentaria superiore è elittica acuminata in avanti e la volta del palato profonda e stretta, l'arcata dentaria inferiore è meno elitica, l'angolo della mandibola è alquanto ottuso. L'arcata dentaria superiore è sporgente, zigomi sporgenti, fronte basso e schiacciato ai lati sopra le orbite, arcate zigomatiche sporgenti, più sporgente la destra.

Diametro bimalare ctm. 10; mento frontale 5,5. Dalla punta del naso alla commettitura ctm. 3,5, di qui alla radice dei capelli 3 1/4; occipito frontale 13,5; bipar. 12; diam. trasverso del fronte 7,5; bimast. 10,3; grande circonf. ctm. 42; curva sagittale 25; curva della volta sopra gli orecchi, passante sulle gobbe parietali, ctm. 25.

Oltre alle suesposte misure stimai conveniente per gli anatomici e gli antropologi di prendere pur quelle di varie ossa.

Lunghezza	della clavicola	a destra	ctm.	12	a sinistra	13
»	del radio	»	»	20	»	19
»	dell'omero	»	»	23	»	22
»	della tibia	»	»	30	»	30

(Il margine ant. della tibia è tagliente e la superficie interna è alquanto gibbosa indentro; fu misurata dalla tuberosità anteriore al malleolo int.).

Lunghezza del femore a destra ctm. 36 a sinistra 36.

(Fu misurata dal grande trocantere al condilo esterno).

Dalla 7ª vertebra cervicale al coccige in linea verticale ctm. 47. Dal coccige al tallone destro ctm. 69, al sinistro 67. Dalle spine iliache ant.-sup. ai malleoli corrispondenti ctm. 73.

CONSIDERAZIONI

Ora mi sia lecito fare sui due soggetti alcune considerazioni.

Non v' ha dubbio che i due soggetti da me studiati siano una cretina ed una microcefala. Cretina quella pei caratteri fisici e per la mancanza di linguaggio articolato e l'idiotismo; ma certamente non perveuuta all' ultimo grado del cretinismo, nel qual caso non sarebbe neppur stata atta alla generazione; microcefala la seconda per la piccolezza della testa e la esilità dello scheletro ed un certo grado di imbecillità; ma anche questa non trovasi al grado massimo di microcefalia sia per essere la circonferenza maggiore della testa (420 mill.) superiore a 349 mill. (media pei microcefali, secondo Topinard, che chiama semi-microcefali quei soggetti nei quali la circonferenza medesima è da 432 a 480 millimetri (1)), sia per essere limitato il grado d' imbecillità.

In fatto di facoltà intellettuali questa microcefala sta assai al disopra della cretina. Entrambe però si assomigliano dal lato generativo in questo senso che nè l' una nè l'altra sarebbero state capaci di allevare la propria prole; e sotto a questo aspetto coloro che amano considerare queste anomalie come ricordi ereditarii della origine animalesca dell' uomo, debbono constatare che da questo lato questi due soggetti offrono anzi un carattere di inferiorità rispetto ai supposti antenati. Se vi ha una differenza tra l'una e l'altra dal lato funzionale degli organi generativi e della influenza che essi esercitano sull'organismo femmineo, sta in questo che la microcefala è tanto vana che per una veste cede un podere, ama conversare colla gioventù, sottostà pure volontieri più di una volta all' amplesso, sa di avere un bambino nel ventre, vorrebbe dare il latte al suo bambino e portarlo con sè, fors' anco per tenerlo come le bambine tengono la loro poppatola; ma il risultato finale è lo stesso: incapacità di allattare la propria prole.

In ambedue i casi le misure indicano una deficienza nei diametri del bacino. Questo fatto può spiegarsi nella cretina per il poco sviluppo delle ossa, per la limitata deambulazione e il lungo star seduta e quindi per lo schiacciamento dall'avanti all'indietro, prevalendo la pressione del tronco sul sacro e lo stiramento del pube

---

(1) Topinard. *L'antropologie,* pag. 179 e 266.

all'indietro fatta dall' avvicinamento delle spine iliache posteriori conseguente allo affondarsi del sacro; stiramento non corretto dalla pressione dei femori. Quindi la forma del bacino della cretina dovrebbe essere semplicemente piatto.

Il Prof. Schröder, nel suo *Manuale di ostetricia* (§ 502), scrive che i bacini dei soggetti rimasti fisicamente e moralmente indietro conservano la forma infantile ed i caratteri delle ossa del bacino giovane; osserva però che hanno poca importanza pratica poichè di rado questi soggetti si trovano in istato di gravidanza pel poco sviluppo dell'apparato genitale, il quale poco sviluppo contribuisce anche a mantenere nel bacino la forma infantile, mancando l' azione che ha lo sviluppo dell'apparato genitale femmineo interno sull'allargamento del bacino muliebre.

Lo stesso scrive O. Spiegelberg nel paragrafo 437, N. 3, del suo *Compendio di ostetricia.*

Ma queste osservazioni valgono pei soggetti gravemente compromessi. Negli individui da me studiati la gravidanza ed il suo andamento assicurano che lo sviluppo dei genitali era normale; per questo il bacino avrà sentito l' influenza dilatante che essi esercitano sul bacino, inoltre avendo luogo la deambulazione (regolarmente nella microcefala e meno nella cretina), la pressione dei femori contribuì a modificare alquanto il bacino e gli è per questo che il bacino presenta nei due casi più i caratteri di ristrettezza totale irregolare che non quelli del bacino infantile.

Il Prof. P. Müller, in un suo lavoro che ha per titolo: *Zur frequenz und Aetiologie des allgemein verengten Beckens* (1), e che ebbi in dono dall'autore stesso in Berna nel 1880, spiega la frequenza dei bacini ristretti a forma piatta in quel cantone colla presenza del cretinismo in alcune regioni. Io fui infatti meravigliato di vedere tanti bacini piatti nel Museo dell' istituto ostetrico ginecologico di quella città. Le ossa del bacino dei cretini come le altre ossa dello scheletro sono corte e grosse, e questo concorre a render ristretta la pelvi.

I bacini delle microcefale non sono ancora stati bene studiati; precipuamente per questo che non sono molti i casi di microcefalia di grado avanzato e che pochissimi sono i casi di microcefale che generarono. Il Prof. Giacomini, mio antico collega nell'istituto anatomico di Torino, ed ora direttore dell'istituto medesimo, nella

(1) *Archiv. f. Gynäekologie.* Band. XVI. Heft. 2.

sua bella memoria sopra una microcefala (1), dice che pochi sono gli scheletri di microcefali studiati per intiero, egli poi che studiò tutto lo scheletro della Monolino, non studiò il bacino dal lato ostetrico, sebbene in una nota descriva lo stato di ossificazione delle ossa del bacino, dalla quale descrizione risulta che la congiunzione delle diverse parti delle ossa era pochissimo avvanzata, e che perciò si conservava il carattere delle ossa del bacino giovane, sebbene la soggetta già avesse raggiunta l'età di 17 anni, per cui si può supporre che la forma del bacino fosse anche infantile. Il Dott. Baistrocchi, allievo di questa Università e assistente dell'istituto di anatomia patologica, nel suo studio sopra un idiota microcefalo (2) e nella descrizione dello scheletro dà anche le misure del bacino interessanti, sebbene sia di maschio (di anni 16 di Vigatto, Provincia di Parma). Lo stesso bacino ho avuto occasione di esaminare io pure nel tempo che feci uno studio di tutti i bacini che trovavansi nel Museo di anatomia patologica di questa Università, nell'anno 1880; riferisco perciò il risultato delle misure prese e dell'esame fatto da me, da cui risulta che quel bacino ha la forma del bacino infantile e le ossa offrono i caratteri del bacino giovane, il sacro ricorda quello del bambino: alto, stretto, poco concavo, promontorio poco sporgente, le ali iliache pure poco concave aperte innanzi; la C. V. più lunga del diametro trasverso, lo stretto inferiore relativamente stretto confrontato al superiore per cui vi è la forma ad imbuto, i corpi sacrali non sono saldati, non uniti i tre pezzi dell'osso iliaco nel cotilo. C. V. ctm. 9,5. Diam. trasv. 9. Statura m. 1,39. Scheletro intiero; atrofici gli arti destri. Ora questo caso ci può guidare nel diagnostico della stenosi pelvica della nostra microcefala, quantunque la forma infantile nell'idiota del Dott. Baistrocchi è molto pronunciata perchè inerente al poco esercizio dell'andare e del sedere, giacendo esso ordinariamente a letto per cagione della malattia che lo colpì da bambino fin dall'età di 20 mesi, per cui e

---

(1) *Una microcefala.* Osserv. anatomiche ed antropologiche. Torino 1876.

(2) *Sopra un idiota microcefalo.* Reggio-Emilia, 1880. Estratto dalla *Rivista sper. di freniatria e med. leg.*, anno VI, 1880, fig. 1 e 2.

Nell'anno medesimo furono pubblicati i seguenti due lavori in Italia:

L. Calori. *Di una bambina microcefalica e specialmente del suo cervello*, Anno 1880. — *Accad. delle Scienze di Bologna*, 20 maggio.

Salvatore Nicolosi Tirizzi. *Quattro microcefali ed un clinocefalo.* -- *Accad. Gioenia*, 4 aprile 1880.

la pressione del tronco e quella dei femori fecero difetto per trasformare la forma elissoidea dello stretto superiore e la forma a imbuto del bacino infantile in quella forma propria del bacino dell'adulto; aggiungasi in questo caso: il sesso maschile, epperciò la mancanza nell'interno del bacino di quelli organi che col loro sviluppo contribuiscono ad allargarlo. Nella nostra microcefala la deambulazione era normale ed utilizzata normalmente, perciò la forma si avvicinò alla normale, come risulta dalle misure; inoltre gli organi genitali interni acquistarono normale sviluppo, tanto che si prestarono a normale gravidanza, ma la esilità dello scheletro e quindi di tutte le ossa del bacino cagionò il restringimento totale, quasi regolare. Per analogia però si può ammettere, che la fusione dei varii pezzi ossei nel bacino della microcefala da me studiata sia avvenuta tardi.

Il bacino della cretina invece ristretto totalmente per essere le ossa dei cretini tozze e più grosse che lunghe per un diffetto di sviluppo delle ossa (giusta le ricerche di H. Müller (1)), e schiacciato dal frequente star seduta presentava piuttosto i caratteri del bacino semplicemente piatto, totalmente irregolarmente ristretto.

Non vi fu distocia nè in un caso nè nell'altro; il feto più grosso venne partorito dalla cretina, il più piccolo dalla microcefala; entrambe partorirono prematuramente, e quando anche avessero partorito a termine, credo il parto sarebbe avvenuto egualmente colle sole forze della natura, poichè, salvo casi di aumento di volume, per mostruosità o malattia del feto, il volume di questo suole essere proporzionato a quello della madre ed i feti eccessivamente voluminosi, pure essendo in stato fisiologico, sogliono essere partoriti da donne di grosse proporzioni.

In caso di distocia il mezzo migliore di intervento in questi casi è l' uso del forcipe accompagnato dalla cloroformizzazione, avuto riguardo alla indocilità della partoriente; mentre se si conservasse la forma infantile a imbuto converrebbe di preferenza il rivolgimento.

Nella pelvimetria di questi soggetti sarà bene di esaminare con cura lo stretto inferiore; esame che d'ordinario si trascura nella maggior parte delle pelvimetrie e che può quindi facilmente dimenticarsi in quei casi in cui sarebbe necessario.

---

(1) A. Forster. *Die Missbildungen der Menschen.* Jena 1865.

Per ciò che riguarda i bambini partoriti ripeto che erano ben conformati entrambi ed il bambino della cretina non aveva gozzo, quello della microcefala soccombette in travaglio, quello della cretina fu dato a nutrice, e per fare uno studio sulla ereditarietà del cretinismo, si mandò in paese non sospetto di cretinismo.

Per ciò che riguarda la medicina legale credo non vi sia dubbio che in entrambi i casi il congiungimento sessuale, provato in modo indubbio in questi due casi dalla gravidanza, costituisca lo stupro, avuto riguardo allo stato intellettuale delle due persone. Volendo sottilizzare, si potrebbe discutere solo in riguardo alla microcefala.

Per ciò che riguarda la psichiatria credo non vi sia dubbio che si tratti di idiotismo nella cretina e di imbecillità della microcefala, mancando quella di linguaggio articolato e questa invece conservando questa prerogativa, sebbene non la potesse utilizzare come gli uomini normalmente costituiti.

Riguardo alla eziologia, innanzi tutto credo si convenga che in entrambi i casi si tratta di alterazioni intellettuali legate ad alterazioni materiali d'origine congenita risiedenti specialmente nel cervello, per cui questo organo non raggiunse il suo completo sviluppo e tutto l'organismo rimase indietro nella naturale sua evoluzione. Inclino poi a credere che, nel caso della microcefala, il diffetto sia primitivo nell'organo contenuto, secondario nella teca ossea, tanto più dopo che lo stesso Virchow ritirò quanto aveva prima ammesso in riguardo all'effetto delle saldature precoci delle suture (1), e tenuto conto del caso illustrato dal Dottor Baistrocchi, nel quale l'anomalia acquisita fu determinata da malattia primitiva del sistema nervoso centrale.

Infine, rispetto alla origine prima di queste due disgraziate condizioni, sono poco inclinevole a credere che questi esseri presentino caratteri di atavismo e credo piuttosto si tratti d'un impedito sviluppo per causa, che almeno per il cretinismo fu detto *miasma* e che gli studii importanti che si stanno facendo dai micologi chiariranno probabilmente essere costituita da un microbo come i recenti esperimenti di Klebs tendono a dimostrare almeno per l gozzo (2).

---

(1) Vedi i Rendiconti della terza sessione generale della Società di antropologia tedesca tenutasi in Stuttgard in aprile 1872.

(2) Vedi la relazione di Maggi sugli studii di E. Klebs sulla distribuzione del cretinismo in Austria e sulla causa della formazione del gozzo. — *Annali di chimica*, 1882.

Nel caso della cretina, la madre non offrendo le condizioni patologiche medesime, conviene ammettere che il miasma abbia agito sul feto durante la vita entrouterina o durante l'allattamento. La bambina della cretina, sebbene non sia campata abbastanza per constatare in modo indiscutibile se sarebbe divenuta tale per *eredità*, giacchè fu mandata in paese dove non vi ha cretinismo e qualche sintomo di cretinismo ha presentato, come risulta dalla relazione medica, si può credere con ragione che sarebbe divenuta cretina. E anche la ereditarietà, al dire di Förster (loc. cit.), è un mezzo di trasmissione del cretinismo. Quanto alla microcefala l'ereditarietà sarebbe dimostrata dalla piccolezza della testa della madre e di una sorella.

Oltre al resto questi due casi rendono manifesto che in alcune valli appenniniche del Taro vi è il cretinismo, e che vi è colà un campo da coltivare da tutti coloro che mai non s'acquetano di studiare le miserie dell'Uomo (1).

NOTA.

Questi due casi non furono pubblicati prima d'ora per attendere il risultato dell'allevamento del bambino della cretina. Furono poi entrambi soggetto di una delle conferenze di scienze mediche e naturali fra gli insegnanti dell'Università di Parma, cioè di quella del 16 marzo 1882, nella quale si potè presentare la cretina per essere stata chiamata dal Manicomio di Colorno per la Clinica psichiatrica dal prof. A. Cugini, direttore di questa Clinica. Da esso ebbi alcuni dati che servono a completare ed a confermare le cose da me esposte. Egli è d'avviso che prima della venuta nell'Istituto ostetrico della T. Luigia non siasi mai avvertita la presenza di cretini in Valmozzola, e che da quel tempo in poi il medico locale messo in sull'avviso, cominciò a porvi attenzione e trovò che il male realmente esiste.

Nella stessa conferenza, per cortesia del Prof. Inzani, potei presentare anche lo scheletro del microcefalo illustrato dall'assi-

(1) Nelle statistiche delle cause di esenzione dal militare servizio pubblicata dal generale Torre trovasi qualche cifra, sebbene poco rilevante, riferentesi al cretinismo per la Provincia di Parma.

stente dott. Baistrocchi, e appartenente al Museo di anatomia patologica. La cretina potrà un giorno essere ancora soggetto di studi perchè vivrà di continuo nel Manicomio, ma la microcefala andrà probabilmente perduta per lo studio ulteriore per essere tornata ai suoi monti. Anche per questa ragione devesi tenere in pregio lo scheletro di cui feci parola appartenente bensì ad un soggetto maschio, ma ad un microcefalo.

Dal prof. Cugini A., il quale presentò la stessa cretina in una adunanza successiva illustrandola sotto l'aspetto psichiatrico, ebbi i dati seguenti stati raccolti dall'assistente dott. Giorgieri:

Diametro ant. post. della testa, cent. 18 — trasversale, 12 — bimalare, 9, 5 — bifrontale, 10. — Circonferenza grande, ctm. 54 — curva occipito-frontale, 33 — curva bisauricolare, 32 — curva frontale, 18 — altezza del fronte, 4 — altezza della faccia, 9, 5 — indice dell'angolo facciale, 72, 2. — Temperatura ascellare 36°,3, rettale 37°4, polso frequente; il tracciato sfigmografico accenna un leggero dicrotismo. Testa allungata in senso verticale; assai irregolare la forma della circonferenza grande.

Conservo le fotografie della cretina, della microcefala e dello scheletro del microcefalo del museo di anatomia patologica. La fotografia della cretina mi fu cortesemente procurata dal Dott. Fochi, medico del Manicomio di Colorno.

Parma, Aprile 1882,

L'ACIDO TIMICO

NEI PROCESSI PUERPERALI FEBBRILI

OSSERVAZIONI CLINICHE

raccolte dal Dott. G. INVERARDI

1° Assistente all'Istituto Ostetrico e Ginecologico di Torino
diretto dal Prof. Cav. Domenico Tibone.

Appena conosciuti i favorevoli risultati ottenuti nella Clinica Propedeutica dal Prof. Bozzolo coll'amministrazione del timolo, come rimedio atto ad ottenere forti abbassamenti nella temperatura dei febbricitanti, pregai il Prof. Tibone ed ottenni che mi concedesse il permesso di fare qualche esperimento sulle puerpere colpite da processi infettivi febbrili, che sono fra quelli che ci presentano sempre i più forti rialzi termometrici. È adunque sotto la direzione del mio maestro, e col suo permesso che ho raccolto le osservazioni che rendo qui di pubblica ragione, e perciò mi sento in obbligo di rendere le più sentite grazie al Prof. Tibone, il quale tanto volontieri presta il suo potente aiuto ed il suo autorevole consiglio per tutto ciò che può segnare un reale e vantaggioso progresso per la scienza e per l'arte nostra.

Le osservazioni cliniche che presento ora si riferiscono tutte a donne che vennero colpite da gravi processi puerperali infettivi durante una delle epidemie che di quando in quando rattristano questo Ospizio di Maternità.

Speriamo che i provvedimenti che sta per prendere la Direzione amministrativa della Maternità siano serii e veramente giovevoli a coadiuvare e completare gli immani sforzi con cui il personale sanitario dell'Istituto Clinico cerca con lodevolissima insistenza di migliorare le condizioni igieniche delle sale che sono destinate ad uso di infermeria per l'Istituto Ostetrico.

La ristrettezza dello spazio in cui sono serrate le Sezioni della Maternità ove si dà lo insegnamento pratico dell'ostetricia agli studenti medicina ed alle allieve levatrici, e che produce troppo soventi nelle povere puerpere un agglomeramento addirittura esiziale, si unisce alla mancanza di una naturale circolazione d'aria a cui male si vorrebbe sostituire l'artificiale.

Difatto questo sistema, oltre ad essere difettoso per l'insufficiente ricambio d'aria, che è tanto necessario nelle sale in cui, come le ostetriche, sono raccolte persone che presentano per un certo tempo e sopra una grande superficie soluzioni di continuità, dà luogo nella Maternità di Torino ad una circolazione di aria viziata. Ed invero l'aria che arriva nelle infermerie viene presa dai sotterranei, a cui era pervenuta in parte dalle infermerie stesse con le quali i sotterranei sono in larga e facilissima comunicazione per mezzo di scale e corridoi, ed in parte dal cortile della Maternità, nel quale, per essere stretto e circoscritto da tutti i lati dal fabbricato alto dell'Ospizio, il ricambio dell'aria contenutavi non può farsi colla necessaria rapidità, e per ciò essa non è di molto dissimile per la sua composizione, da quella che trovasi nelle camere e nei corridoi che servono ad uso di infermeria.

Come se ciò non bastasse devesi aggiungere la sconvenienza di tutti i pavimenti, che, per la massima parte di laterizii, screpolati e vecchissimi, non sono adatti ad una rigorosa pulizia ed antisepsi. Di più è da notare il sistema di costruzione e di svuotamento dei pozzi neri, i quali, mal chiusi, vengono svuotati con tinozze portate da uomini che percorrono i corridoi dell'Ospizio e lo appestano con mortali effluvii.

Queste cause d'infezione operano quasi nella stessa misura su tutte e tre le Sezioni in cui è diviso l'Ospizio. Dico quasi perchè la loro azione è alquanto diversa a seconda che noi consideriamo il diverso modo di comportarsi di queste cause rispetto alle Sezioni di cui l'Ospizio si compone. Infatti il rinnovamento dell'aria naturale si fa molto meno nelle due Sezioni situate nei piani inferiori, cioè nel 1° e 2°, in cui appunto sono alloggiate le Sezioni 2ª e 3ª che costituiscono l'Istituto Clinico Ostetrico. Mentre per contrario la 1ª Sezione chiusa all'insegnamento e diretta da altri sanitari trovandosi in posizione più elevata, cioè al terzo piano, gode assai meglio che non le altre due della ventilazione naturale.

A queste ragioni di differenza, che sono pure cause più potenti

di infezione si deve ancora aggiungere quella che nasce dalla ristrettezza dello spazio che proporzionatamente al numero dei parti è concesso alle Sezioni di cui consta l'Istituto Clinico.

E qui non posso dimostrare meglio il mio asserto che trascrivendo quanto ha già pubblicato su questo stesso giornale il Prof. Tibone a proposito di una storia di ovaro-isterectomia cesarea praticata nell' Istituto Clinico l'anno 1880 (1). Il quadro che segue dà un' idea esatta della media proporzionale dell'area e della capacità cubica per ogni partoriente, ed in ogni sezione per gli anni 1878-1879 e primo trimestre 1880.

Anno 1878.

Sezione	I. —	Parti 141 —	per ogni partoriente	M. 2,46²
»	II. —	» 213 —	»	» 1,10²
»	III. —	» 172 —	»	» 1,10²

Se per l'anno 1879 si ripete lo stesso calcolo e se ne deduce pure la media si avrà il seguente risultato:

Sezione	I. —	Parti 167 —	per ogni partoriente	M. 2,08²
»	II. —	» 245 —	»	» 0,96²
»	III. —	» 131 —	»	» 1,10²

Se poi scendiamo ai tempi a noi più vicini e studiamo il movimento clinico del 1° trimestre 1880, ecco lo specchio che ne risulta:

Sezione	I. —	Parti 56 —	per ogni partoriente	M. 8,03²
»	II. —	» 69 —	»	» 3,54²
»	III. —	» 60 —	»	» 3,50²

La investigazione del rapporto proporzionale delle partorienti con la capacità cubica, conduce allo stesso risultamento e lo avvalora, come chiaramente apparisce dal seguente quadro:

	Sezione I.	Sezione II.	Sezione III.
1878. Per ogni partoriente	M. 8,50³	3,70³	3,70³
1879. »	» 7,20³	3,20³	3,30³
1880. (1° trim.) »	» 28,60³	11,60³	10,40³

(1) Tibone. *Di una ovaroisterectomia cesarea per distocia pelvica da osteomalacia e l'Istituto Clinico-Ostetrico di Torino.* — *(Ann. di Ostetr., ecc.,* 1881).

Dal confronto fatto in diversi tempi e con termini variati ne scende sempre evidente, impugnabile la conclusione che l'*Istituto ostetrico misura sì nell'area che nel volume rispettivamente al numero delle partorienti uno spazio più della metà inferiore a quello assegnato alla prima Sezione*, rimanendo così posta in mostra questa strana anomalia che *una grande ineguaglianza è da molti anni in attività a danno della seconda e della terza Sezione*, nelle quali per lo insegnamento clinico che vi si imparte sta in azione una potente causa di puerperismo infezioso.

Da ciò l'agglomeramento che tanto spesso si nota nell'Istituto clinico, il quale, colla gravità dei casi che sono dai pratici della città indirizzati di preferenza alla Clinica; coll'impossibilità in cui si fu fino ad oggi di isolare seriamente ed efficacemente per le altre puerpere sane, quelle che venivano colpite da processi puerperali infeziosi ed il loro personale di servizio; coll'accesso in queste infermerie degli studenti e delle allieve che non sono sempre le persone più asettiche; col maggior numero di esplorazioni a cui nelle cliniche devono assoggettarsi le ricoverate, rende facile spiegazione delle gravi epidemie che di quando in quando si manifestano in queste Sezioni ad onta della più rigorosa antisepsi in esse praticata.

Nè può accettarsi per buona la considerazione fatta da alcuni che, animati più da spirito di parte che dall'amore di verità, asseriscono che se queste ragioni fossero valevoli si vedrebbero in azione anche durante il tempo in cui per legge la direzione delle Sezioni ove risiede l'Istituto clinico passa dalle mani del personale insegnante a quelle dei sanitari dell'opera, durante il qual tempo, che corrisponde alle vacanze autunnali, di solito i processi puerperali vanno diminuendo.

E che questa ragione sia speciosa, e messa in campo solo per sorprendere la buona fede di coloro che non conoscono l'andamento della Maternità Torinese lo dimostrano il fatto e parecchie considerazioni.

Il fatto è che non è niente vero che i processi puerperali sieno più frequenti durante l'anno scolastico, quando ben inteso questi casi si considerino nella loro proporzione col numero assai maggiore di gravide che nelle stesse Sezioni si accettano durante l'anno scolastico, specialmente per quello che spetta alla Sezione 2ª. Questa mia asserzione perchè potesse avere tutta la sua forza

dovrebbe essere convalidata da cifre e citazioni, che mi duole assaissimo di non poter avere, non essendo mai stata pubblicata nessuna statistica riguardo alla Sezione ove esiste la Clinica ostetrica nel tempo in cui questa passando sotto la direzione dei sanitarii dell'Opera si sottrae alla pubblica osservazione.

Ma per chi considerasse le cose superficialmente, il fatto del minore numero assoluto di morti che durante le vacanze autunnali si nota nell'Istituto Ostetrico, potrebbe parere troppo dimostrativo. Senonchè provando troppo prova niente. Infatti se è vero che durante i mesi autunnali diminuisce il numero delle morti, è pur vero che proporzionatamente vi diminuisce il numero delle donne che si sgravano e ciò per diverse ragioni.

Come fu già detto l'Ospizio di Maternità si divide in tre Sezioni, delle quali la 1ª è preclusa all'insegnamento ed accetta le gestanti nubili della provincia. La 2ª e la 3ª Sezione costituiscono l'Istituto Ostetrico. Nella 2ª Sezione (Clinica-Studenti) sono accettate le gestanti povere maritate della provincia, e nella 3ª (Clinica-Levatrici) si ricoverano gestanti povere nubili come nella 1ª. Ora nella 1ª e 3ª Sezione (gestanti nubili) accorrono colla stessa frequenza in tutte le stagioni dell'anno, con la differenza però che mentre per quella della 1ª Sezione, come si disse di sopra, lo spazio abbonda, questo è assolutamente insufficiente per quelle della 3ª. Per questa mancanza di spazio frequentissimamente succede in quest'ultima sezione un vero accumulo, il quale non si può mai notare senza un contemporaneo abbassamento nello stato sanitario delle puerpere stesse.

Nella Sezione 2ª poi, ove risiede la Clinica per gli Studenti Medicina, lo spazio è ancora più ristretto. La sua popolazione essendo formata per la massima parte dalle povere maritate, che riparano alla Maternità spinte dalle strettezze della vita e non dal sentimento di vergogna o d'altro che domina le nubili, vi dovranno accorrere più numerose nei mesi freddi in cui la maggior parte di esse stenta la vita. Vi arrivano inoltre denutrite e malaticcie, logore da numerose gravidanze e allattamenti ripetuti e prolungati, per modo che il loro numero è proprio strabocchevole nei mesi di novembre, dicembre, gennaio, febbraio e marzo, per diminuire poi man mano che si progredisce nell'anno per rappresentare la cifra minima durante l'autunno, in cui l'accresciuto lavoro nelle campagne, e la diminuzione del prezzo delle derrate unitamente alla dolcezza della stagione permettono a molte di esse

di trovare in seno alla propria famiglia quella cura e quell'assistenza che nella stagione invernale, piuttosto rigida presso di noi, fa loro completamente difetto. Il che fa sì che nei mesi di agosto, settembre e ottobre, in cui l'insegnamento tace, la 2ª Sezione è assai meno popolata e perciò puossi considerare sufficiente quello spazio che non lo è in altre epoche dell'anno.

Un'ultima ragione esiste che dimostra come durante l'anno scolastico la 2ª Sezione è più popolata che durante le vacanze; e questa nasce dalla facoltà fatta al Professore di clinica, di accettare quelle donne che, quand'anche non siano ancora pervenute al periodo ordinario della gravidanza per l'accettazione, sono colpite da qualche malattia complicante la gravidanza. E queste, com'è facile prevedere, sono più delle altre soggette ai processi puerperali d'origine infettiva.

Fatta questa digressione, quasi a spiegazione dell'epidemia che ha fornito gli elementi di queste considerazioni, entro direttamente in materia ed incomincio collo esporre il materiale clinico consistente in N. 10 osservazioni, che ho scelto fra le più importanti, di due delle quali, le principali, ho riportato infine il tracciato della temperatura, del polso e del respiro.

Le temperature sono tutte ascellari, ma prese in parte da me stesso, in parte della levatrice 1ª assistente e dalle allieve levatrici del 2º corso. Il cavo ascellare venne sempre nettato ed asciugato ed il termometro vi venne lasciato per un quarto d'ora.

Fu sempre usato lo stesso termometro per ogni puerpera e ciò non solo per evitare quegli sbalzi termometrici dovuti al cambiamento dell'istrumento, ma anche come misura precauzionale, essendo ogni puerpera provvista di tutto ciò che tocca la sua persona, come cannule, catetere, termometro, ecc., di cui la donna sola si serve finchè sta nell'Ospizio e viene poi tutto in parte lavato e disinfettato prima che passi al servizio di un'altra ed in parte distrutto.

Le temperature furono prese con la massima frequenza compatibile colle esigenze del servizio e colla durata di ogni osservazione termometrica.

Le pulsazioni e le respirazioni furono prese col cronografo, ogni amministrazione di rimedii, ogni cura di nettezza, ogni bagno, ogni irrigazione endouterina, vennero notate nell'ora in cui si praticarono.

Inoltre per rendere più dimostrativa la cosa ho rilevato delle

due storie più notevoli il tracciato della temperatura, del polso e del respiro, da cui con un colpo d'occhio si può avere un'idea complessiva dell'azione del rimedio.

Sul margine superiore di queste tavole sono scritti dei numeri romani, che segnano i giorni di puerperio, i quali comprendono in sgraffe altri numeri arabi che corrispondono alle ore in cui si fece l'osservazione della T., del P. e del R. e distinte in antimeridiane e pomeridiane da un *a* o da un *p*. Sul margine inferiore, corrispondentemente all'ora in cui vennero amministrati sono notati tutti quei presidii terapeutici che vennero messi in uso.

Ed ora riporto in disteso le osservazioni come le ho ricavate io stesso dal letto delle inferme, e ad esse farò seguire alcune considerazioni a guisa di conclusioni, non essendo necessario che io aggiunga schiarimenti, fornendo le istorie stesse i migliori documenti, e le più chiare prove che si possono addurre per dimostrare che la medicina ha acquistato nel timolo un nuovo e potentissimo antitermico.

Osservazione 1.ª

Anno 1881-82. - Sezione 2ª - N. annuale 23 - IIpara - Gravidanza normale - Parto a termine - Pres. faccia - M. I. S. T. - Applicazione di forcipe nello scavo per inerzia uterina - Secondamento completo colla spremitura - Lacerazione della forchetta - Puerperio morboso per *endometrite, vulvite difterica e setticemia.*

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
I.	9 a.	37,2	72	28	Nulla di notevole.	Minestre.
»	4 p.	38,3	84	29	Cefalea, ventre meteorico, trattabile il fondo dell'utero arriva a 6 dita sul pube, obliquo a destra, alquanto dolente alla pressione - lochi sanguigni, placca biancastra sulla lacerazione.	

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Diete e rimedii
II.	8 a.	37,4	80	24	Cessata la cefalea, dormì nella notte, stesso reperto clinico.	Uova e vino.
»	4 p.	38,2	86	24	Stessa fenomenologia.	
III.	8 a.	37,6	89	22	Dormì tutta la notte, senso di benessere, ventre cedevole, il fondo dell'utero arriva a tre dita trasverse al disopra del bellico, un po' dolente alla pressione - lochi non fetenti.	Cateter. vescicale, stessa dieta di ieri.
»	4 p.	38,2	94	23	Coprostasi, leggera cefalea, ventre trattabile, indolente, placca difterica in via di riparazione.	Olio di ricino, dieta nutr.
IV.	8 a.	39,4	120	27	Dormì nella notte, sete intensa, utero dolente alla pressione, nessuna scarica dall'olio di ricino.	Olio di ricino.
»	4 p.	39,9	100	29	Stessa fenomenologia.	Impacco fred.
»	9 p.	39,9	98	36		Salicil. di soda grm. 6.
V.	8 a.	38,7	98	36	Diminuito il meteorismo, ventre più palpabile, 10 scariche alvine nella notte. - I lochi si fanno più sierosi ed un po' fetenti. La donna non vuole più l'impacco freddo.	Irrigazioni fenicate endouterine.
»	4 p.	39	100	36	Scolo fetente dai genitali. La placca difterica peggiora.	Iniezioni fenicate endouterine e salicilato di soda grm. 6, ova e vino.

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Diete e rimedii
VI.	7,30 a.	38,7	109	29	Durante l'irrigazione endouterina, che durò due ore, venne fuori un coagulo grosso come un uovo, molto fetente - Ventre arcuato utero voluminoso, dolente, a 10 dita trasverse sul pube - scariche diarroiche numerose.	Irrigaz. continue fenicate endo-uterine di acqua ghiacciata - Cateterismo vescicale.
»	11.30 a.	38,5	115	29	La donna non tollera più l'irrigazione endouterina.	
»	1 p.	40,6	126	36		Irrigaz. endouterine cont.
»	3,20 p.	40,5	130	34	Utero dolente alla pressione - lochi meno fetenti - placche in via di riparazione - non vomiti, non evacuazioni, sete vivissima, testa libera - senso di calore urente pel corpo.	Applic. fredde sul petto, terebentina sul ventre - irr. fen. endo-ut., ghiaccio int., oppio, vino, buona alim.
»	5,30 p.	39,4	100	32		
»	7 p.	39,6	100	38	Una scar. alvina diarroica.	
»	8,30 p.	39,8	110	40	L'acido timico per errore si dà 1 gr. all'ora.	Acido timico grm. 1
»	9,30 p.	39,5	108	36		» »
»	10,30 p.	40	120	42		» »
»	11,30 p.	39	100	38	Una scar. alvina diarroica	» »
VII.	0,30 a.	38,5	106	39	» »	» »
»	1,30 a.	38,8	116	40	» »	» »
»	4 a.	38	96	36		
»	7,30 a.	39	102	34		Irr. fen. endouterina.

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
VII.	9,20 a.	41	126	42	Perfriger. della durata di 15′	Ac. tim. gr. 2.
»	11 a.	40,6	112	40		Irrig. fenicata endouterina - ac. tim. gr. 2.
»	12 m.	40,8	118	40		» »
»	1 p.	38,3	112	40	Urine di color brune come le fenicate.	
»	2 p.	37.8	108	41	Vomiti di materie nerastre.	
»	3 p.	37,6	104	38	Ventre arc., ma trattabile ed indolente - lochi non più fetenti.	Ghiaccio internamente.
»	4 a.	37,5	98	26		
»	7 a.	37,8	100	28		Tuorli d'uova sbattuti nell'acqua.
VIII.	1 a.	38,2	120	40		
»	8 a.	38,8	108	44	Notte insonne, ventre sempre arcuato ma non dolente, tre scariche alvine diarroiche durante la notte.	Irrig. fenicata endo-uterina per 2 ore.
»	10 a.	38,4	100	38	Delirio calmo della durata di un quarto d'ora, allucinazioni del senso della vista.	Buona alimentazione, vino.
»	12 m.	38	96	36		
»	2 p.	38,2	92	34		Irrig. fenicata endo-uterina.
»	3,30 p.	38,5	94	36		
»	4,30 p.	38,8	100	35		
»	5,30 p.	39	92	38		
»	6 p.	39	100	40		Ac. tim. gr. 2.
»	7,30 p.	38,7	100	40	Sudore abbondante	» »
»	8,30 p.	38,5	110	40	» »	» »
»	9,30 p.	38	96	38	» »	» »
»	10,30 p.	37,6	98	34		
»	11,30 p.	37,4	89	30		

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
IX.	0,30 a.	37,5	100	36	Sudore abbondante.	
»	3 a.	37	98	28	Numerose scariche alvine diarroiche.	
»	5 a.	37,6	100	30		
»	7 a.	37,5	86	26	Notte dorm. quasi completamente, ventre sempre arcuato ma non dolente - lochi non più fetenti, nessuna placca, non cefalalgia.	Irrig. fenicata endo-uterina terebent. sul ventre, vino, rosumate e ghiaccio int.
»	10 a.	38	90	26		
»	12 m.	37,6	96	24		
»	6 p.	37,7	84	26		
»	8 p.	37,8	96	28		
»	10 p.	37,6	100	26	Qualche rutto e un po' di pirosi.	Bicarbon. sodico $^{8}/_{1000}$.
»	12 m.	37	98	24	Vomito - sudore.	
X.	3 a.	37,4	100	24	Espulse un lombrico.	
»	6 a.	37	80	24	Notte insonne.	Santonina.
»	8 a.	37	80	24		
»	10,30 a.	36,8	70	22		
»	3,30 p.	37,4	76	24		
»	6,30 p.	38	88	24	Espulse 4 lombrici.	
»	9 p.	37,9	94	23	Sudore abbondante - una scarica alv. diarroica con 2 lombrici.	Tuorli d'uovo sbattuti nell'acqua.
»	12 n.	38	100	26	Continua il sudore.	
XI.	2,30 a.	38,4	110	24	Due scariche alvine diarroiche - sudore abbondante.	
»	6 a.	38,5	118	32		
»	8,30 a.	39	100	28		
»	10,30 a.	39	100	30		Ac. tim. gr. 2.
»	11,30 a.	38,3	90	27	Emise un lombrico.	» »
»	0,30 p.	37,6	80	25		» »
»	2 p.	37,6	80	25		Santonina.
»	5 p.	37,2	80	25		
»	9 p.	37	82	26		

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
XI. 10	p.	38	80	24	Una scar. alvina diarroica.	
XII. 2	a.	37,8	84	24		
» 5	a.	37,5	86	24		
» 7,30	a.	37,5	80	24		Uova e vino.
» 9	a.	37,4	80	24	» » »	Bicarb. sodico $^{8}/_{1000}$.
» 12	m.	37	84	24		
» 2,30	p.	38,8	89	24		
» 4	p.	38,8	90	24		Ac. tim. gr. 2.
» 5,15	p.	38,4	100	24		» »
» 6	p.	38	98	26	Sudore.	» »
» 8,30	p.	37,4	99	24		
» 10,15	p.	37,5	94	26		
» 12	n.	38	80	24		
XIII. 2	a.	38	92	26		
» 4	a.	39,3	100	26		
» 6	a.	40,4	100	26		» » 1.
» 6,35	a.	40,5	100	26	Una scar. alvina diarroica.	» » 1.
» 7,30	a.					» » 1.
» 8,40	a.	39	96	24		» » 3.
» 10	a.	37,8	100	26	Due scar. alvine diarroiche.	Dieta corroborante.
» 12	m.	37,5	100	26	Nausea.	
» 1	p.	38	98	26	Perfrigerazione della durata di un quarto d'ora.	
» 2	p.	37,6	100	24	Una scar. alvina diarroica.	
» 4	p.	40,3	150	26	Vomito mezz'ora dopo aver inghiottito il rimedio.	Ac. tim. gr. 2
» 5,10	p.	39	100	26	Sudore abbondante.	
» 8,30	p.	38,4	100	26		» »
» 9,30	p.	38	98	24	» »	
XIV. 1	a.	37,5	88	24		» »
» 5	a.	37,4	86	24		» »

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
XIV.	7,30 a.	37,5	100	26		Buona alim.
»	12 m.	37	76	22		
»	2,40 p.	37,3	74	22		
»	7 p.	37	70	24	Sudore abbondante.	
»	8,40 p.	37,4	68	26	» »	
»	10 p.	37,8	80	26		
XV.	4 a.	39,6	90	24		
»	7 a.	40,4	120	28	Lochi sierosi ed alquanto fetenti.	Ac. tim. gr. 2, irr. fen. end.ª
»	8 a.	40	116	29	Sudore abbondante.	Ac. tim. gr. 2.
»	9 a.	39,5	110	28	» »	» »
»	10 a.	39	100	26	» »	
»	11,30 a.	38	90	24	Una scar. alvina diarroica.	
»	3 p.	38,5	100	28	» » »	
»	5 p.	39,5	120	28		» »
»	6 p.	38,7	110	28		» »
»	7 p.	38	100	29	Continua il sudore.	» »
»	8 p.	37,5	98	30	» » piglia sonno	
XVI.	4 a.	38	100	30	» »	
»	8 a.	39,8	120	36		
»	11,30 a.	40	130	34		
»	3 p.	38,9	120	32	Brivido della durata di 20′.	Applic. fredde sul capo e sul petto.
»	4,30 p.	41	130	38		Ac. tim. gr. 2.
»	5 p.	40	112	34	Sudore.	» »
»	6 p.	39,5	100	28		» »
»	7 p.	39	108	28	» abbondante.	Uova e vino.
»	8 p.	37,5	90	26	» »	
»	10 p.	37	88	26	Piglia sonno.	
XVII.	2 a.	36,5	78	26	Una scar. alvina diarroica.	
»	4 a.	37	76	24		
»	7 a.	37	88	26		Buona alim.
»	9 a.	37	80	27	Vomito.	Ghiaccio inter.
»	11 a.	37,5	90	26	La donna si alimenta con appetito.	

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
XVII. 1	p.	37,3	92	26		
» 3	p.	38	98	26	Una scar. alvina diarroica.	
» 6	p.	37,6	90	28	Due scar. alvine diarroiche - sudore abbond.	
» 9,30	p.	36,6	80	24	Sudore abbondante.	
XVIII. 2	a.	37	86	26	Una scar. alvina diarroica.	
» 4	a.	36,4	84	24	» »	
» 8	a.	36,8	70	22		Buona alim.
» 10	a.	37	70	23		
» 3	p.	37,2	76	24	Sudore abbondante - la donna continua a nutrirsi con voracità.	
» 8	p.	37	88	24		
» 10	p.	37,2	88	22	Una scar. alvina diarroica - sudore abbond.	
XIX. 3	a.	37,3	90	25	Sudore abbondante.	
» 6,30	a.	37,6	92	26	Una scarica alvina di materie formate.	Buona alimentazione.
» 10,30	a.	37,8	94	24		
» 1	p.	37,9	90	24	Sudore abbondante.	
» 2,30	p.	38	100	24	Una scarica alvina di materie formate.	
» 3,30	p.	38	90	24		
» 4,50	p.	38	92	24		
» 6	p.	38,2	98	26		
» 9	p.	37,5	90	26	Sudore abbondante.	
XX. 2	a.	37,4	89	29	» »	
» 6,30	a.	37,8	76	24	Una scar. alvina diarroica.	Carne e vino.
» 12	m.	37,6	74	23		
» 2,30	p.	38,2	82	24	Da questo momento la donna non ha più una temp. febbrile e l'appetito è eccell. - l'esame delle urine non iscopre traccie di acido timico, nè di albumina.	

Osservazione 2.ª

Anno 1881-82. - Sezione 3ª - N. annuale 9 - Ipara - Parto a termine facile di un feto in Pres. V. O. I. S. A. - Nessuna lacerazione vulvo-perineale - Puerperio morboso per *endometrite settica e parametrite destra.*

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
I.	8 a.	37	86	18	Nulla da osservare.	Minestre.
»	4 p.	37	65	18	Parametrio destro dolente - morsi uterini - utero duro.	Applicaz. calde sul ventre - laudano int.
II.	8 a.	37,1	76	20	Notte tranquilla - morsi uterini - lochi sang.	» »
»	4 p.	37,4	72	20		
III.	8 a.	37,2	70	20	Stesse condizioni.	» »
»	4 p.	37	70	20	Lochi siero-sanguigni normali.	
IV.	8 a.	36,9	68	20	Utero ancora voluminoso - nessuna scarica alvina.	Olio di ricino.
»	4 p.	37,2	68	20	Utero sempre voluminoso e dolente il parametrio destro.	Applicaz. calde sul ventre.
V.	8 a.	37	70	20	» »	» »
»	4 p.	37	74	20	I lochi si fanno leggermente fetenti.	» » Iniez. fen. end.ª
VI.	8 a.	37,3	74	20	Tensione mammaria e morsi uterini.	» » Laudano int.
»	4 p.	38	80	20	Leggera cefalea, del resto gli stessi reperti clinici.	Appl. terebentin. sul ventre, irrig. fenicate end. e salic. di soda grm. 6.
VII.	8 a.	37	75	26	Notte insonne per cefalea.	

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
VII.	4	p. 39,5	112	28		Salicil. sodico gr. 6 e bagno raffreddato.
»	11	p. 38	108	26		
VIII.	8	a. 39,5	108	28	Notte dormita, dolenti i parametrii e lochi un po' fetenti.	Irrig. fenicata endout. e pomata con iodoformio sull'ipogastrio.
»	4	p. 40	110	30	Lochi fetenti.	Irrig. fenicata endout. e ac. timico gr. 6.
»	8	p. 40	115	29	Lochi meno fetenti.	
IX.	8	a. 38	94	26	Notte tranquilla - due scariche alvine, abbondante traspirazione cutanea - lochi ritornati sanguigni.	Irrig. fenicata endouterina.
»	10,30	p. 38,5	100	28		
»	1	p. 39,5	110	30		
»	3	p. 39,4	112	44		
»	4,40	p. 40	100	40	I lochi si fanno fetenti.	Ac. tim. gr. 2.
»	6	p. 39,5	120	34	Sudore abbondante.	» » e Marsala.
»	7	p. 38,5	100	30		Ac. tim. gr. 2.
»	8	p. 38	110	34	» »	
»	10,15	p. 37	92	32		
»	11,40	p. 37	90	28	Una scarica alvina.	Prende 2 ova.
X.	5,35	a. 38,5	96	34	Notte tranquilla - una scarica alvina - sempre dolente il parametrio destro.	» » e vino, applicazioni calde sul ventre.
»	7,15	a. 38,5	84	36		» »
»	8,45	a. 37,5	82	32		
»	11	a. 37,5	78	32		
»	12	m. 37	84	36	La donna piglia volentieri gli alimenti.	

Giorno del puerperio	Ora		T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
X.	1	p.	37,2	80	36		
»	2,10	p.	38	80	32		
»	3,10	p.	37	76	36		
»	6	p.	38	72	30	Diminuito il dolore del parametrio destro.	Iodoformio sul ventre - irrig. fen. endout. - vino.
»	9	p.	37,5	80	30		
»	12	n.	37,3	78	30	Sudore abbondante.	
XI.	2	a.	37	78	26		
»	5	a.	37	70	32	» »	
»	6	a.	37	70	32		
»	7	a.	37	70	30	Notte dormita - ventre piano indolente - nessun disordine all'apparato digerente - utero a 3 dita sulla sinfisi pubica - lochi alquanto odorosi.	Irrig. fenicata endout. - jod. sul ventre - vino e buona alimentaz.
»	8	a.	37	70	29		
»	3	p.	38	76	36		
»	4	p.	38,2	80	36	Un po' dolente il parametrio destro.	» »
»	5	p.	38,7	82	38		
»	7	p.	39,5	82	36		Ac. tim. gr. 2.
»	8	p.	39	70	34		» »
»	9	p.	38,5	90	34		» »
»	10,30	p.	37	88	24	Sudore abbondante - dorme.	
XII.	12,30	a.	37	84	24		
»	1,30	a.	37	70	22	» »	
»	4,30	a.	37	76	24	Una scar. alvina diarroica.	
»	5,30	a.	37	78	32		
»	6,30	a.	37	80	24	Sudore abbondantissimo e generale.	Irrig. fenicata endo-uterina e cura nutr. e corrobor.

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
XII.	7,30 a.	37,5	82	32	Notte dormita - Perfrigerazione che dura pochi minuti - fisionomia abbattuta - leggera cianosi delle guancie e delle labbra - Nessun disordine dal lato dell'apparato digerente - urine un po' scure.	
»	8,30 a.	37,2	90	30		
»	9,30 a.	37,8	100	36	Perfriger. della durata di 10'.	
»	10,30 a.	39	100	38		
»	11,30 a.	39,7	110	32		
»	2,30 p.	40,4	114	42		Ac. tim. gr. 2.
»	3,30 p.	40,2	120	42		» »
»	4,20 p.	38,6	100	38		» »
»	5,20 p.	37,8	90	36		
»	6,20 p.	37	90	38		
»	7,20 p.	38	98	34	Sudore abbondante.	
»	8,20 p.	37,6	100	32		
»	9,20 p.	37,5	92	38		
»	11,20 p.	38,8	96	30	Lochi sempre un po' odorosi.	Irrig. fenicata endo-uterina.
XIII.	0,20 a.	38	100	42		
»	1,30 a.	38,5	104	44		
»	3,30 a.	39	101	42		
»	5,30 a.	38,8	115	40		Irrig. fen. end.ª
»	6,30 a.	39,2	100	38	Ancora un po' dolente il parametrio destro.	
»	7,20 a.	40,5	114	44		Ac. tim. gr. 2.
»	8,20 a.	39,5	100	42		» »
»	8,20 a.	39	100	38	Vomita la seconda dose di acido timico.	» »
»	10,20 a.	38,5	100	36	Sudore abbondante.	
»	11,20 a.	39,2	104	38	» »	
»	0,20 p.	38,5	100	42		
»	2,20 p.	40	120	44		

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
XIII.	3,20 p.	40,5	116	42		Irrig. fen. end.ª
»	4.20 p.	40,4	100	44		
»	5,20 p.	40,6	120	44	Sudore abbondante.	
»	6,30 p.	40,5	120	42		
»	7,30 p.	40,5	100	44		
»	8,30 p.	40,6	120	48	Polso irregolare.	
»	9,30 p.	40,7	120	49		Ac. tim. gr. 2.
»	11,30 p.	40	118	46		» »
XIV.	12,30 a.	39	104	36		» » e vino Mars.
»	1,30 a.	38	94	36	Sudore abbondante.	
»	3,30 a.	37,5	100	34	Vomito scarso - compare sordità.	
»	4,50 a.	38,4	106	40	Una scarica alvina.	
»	6,30 a.	38	100	36		Irrig. fen. end.ª
»	7,30 a.	38,2	100	36	Continua la sordità.	
»	9 a.	37	100	32	Pirosi.	Bicarb. sodico grm. 8.
»	11 a.	37,4	80	30		
»	1 p.	37,5	93	34	Continua la sordità.	Buona alim.
»	3 p.	37,5	100	30	Due scar. alvine diarroiche.	Irrig. fenicata endo-uterina.
»	4 p.	38	100	35	Diminuita la sordità.	
»	5 p.	38,5	110	40		
»	6 p.	38,6	115	36		
»	7 p.	39	120	40		Ac. tim. gr. 2.
»	8,30 p.					» »
»	9,30 p.					» »
»	10 p.	39,3	100	40	Sudore abbondante.	
»	11 p.	38,8	88	30	» » sonnolenza.	
»	12 n.	38,2	90	34		
XV.	1 a.	38	95	36	Dorme tranquillamente	
»	5 a.	37,6	90	34		
»	6 a.	38	90	40	Sudore abbondante.	
»	7 a.	38,5	84	30	» »	Irrig. fen. end.ª
»	8 a.	38	80	30		
»	9 a.	38	80	30		Ac. tim. gr. 2.
»	10,30 p.	37,5	74	32		» »

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
XV.	12,30	p. 37,3	82	32		Ac. tim. gr. 2.
»	3	p. 37	80	28	Sudore molto abbondante. - Da questo momento la donna non venne più colta da febbre ed esce guarita in 19ª giornata di puerp.	

Osservazione 3.ª

Anno 1881-82 - Sezione 2.ª - N. annuale 26 - XIIpara - Gravidanza normale - Parto a termine spontaneo di un feto normale in Pres. V. - O. I. S. A. - Secondamento completo colla spremitura Puerperio morboso per *difterite vulvare, endometrite settica e parametrite destra.*

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
I.	8	a. 37,3	74	20	Leggieri morsi uterini.	Pozione laud.
»	4	p. 37,5	78	24	» »	» »
II.	8	a. 37,5	100	24	Nella notte sete intensa e qualche brivido - dolente il parametrio destro - lochi normali.	Applicaz. calde sul ventre - ova e mines.
»	4	p. 37,5	108	25		
III.	8	a. 37,4	100	19		Ova e minest.
»	4	p. 38	120	25	Secrez. lattea abbondante.	Acet. potassico.
IV.	8	a. 38,4	120	26	Dolente sempre il parametrio destro.	Applicaz. calde sul ventre.
»	4	p. 39	125	26	Lochi fetenti - non placche - dolente tutta la regione sotto ombellicale alla pressione.	» » irr. fen. end.ª
»	4,30	p. 39,7	140	26		Ac. tim. gr. 2.
»	5,30	p. 40	140	28		» »
»	6,30	p. 38,9	100	26		» »

Giorno del puerperio	Ora		T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
IV.	7,30	p.	38,2	125	27	Sudore abbondante.	
»	8,30	p.	37	104	24	» »	Ova e Marsala.
»	9,30	p.	37	100	26	Il sudore diminuisce.	
»	10,30	p.	37	98	24		
»	12	n.	37,2	105	28	Due scar. alvine diarroiche involontarie.	
V.	1,30	a.	37,3	110	26	Vomito di materie alimentari (bevande).	
»	4	a.	37	100	24		
»	7	a.	37	104	24	Ventre leggermente dolente nella regione ipogastrica - lochi un po' fetenti - placche in via di riparazione - la donna acc. un senso di freddo - ha i piedi e la parte inferiore delle gambe fredde.	Irrigaz. fenic. endout. della durata di 30′ - applicaz. terebentinate sul ventre - vino e buona alim. - bottig. calde ai piedi.
»	9,30	a.	37,8	96	24		
»	12	m.	37,6	92	23		
»	4	p.	38,5	120	26		Ac. tim. gr. 2.
»	5	p.	38,3	130	28		» »
»	6	p.	38	120	28		» »
»	7	p.	37,5	130	26	Sudore abbondante.	Quarto di pollo e vino.
»	8	p.	37	96	24		
»	10	p.	37	98	24	Diminuito il sudore - vomiti.	Bicarbonato di soda.
»	12	n.	37	99	24		
VI.	3	a.	37,4	100	24	Dorme saporitamente.	
»	6,30	a.	37	110	24		
»	8	a.	37,2	120	24	Lochi sanguigni - coaguli non fetenti.	Quarto di pollo e vino.
»	10.30	a,	37,5	100	24	Pirosi.	» »
»	2	p.	38	120	24		
»	4	p.	37,8	100	24		
»	6,30	p.	37,5	100	22		
»	9,30	p.	37,6	100	22		
»	12	n.	37	108	24		

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
VII. 6	a.	37	100	24	Dormì tutta la notte.	
» 9	a.	37	100	22		Quarto di pollo e vino.
» 2	p.	37	90	20		
» 9	p.	36,9	88	22		
VIII. 1,30	a.	37	98	24		
» 7,35	a.	37	100	24		
» 9	a.	87,5	110	24		
» 0,30	p.	41	130	28	Una scar. alvina diarroica.	
» 2,30	p.	40,8	124	24		Ac. tim. gr. 2.
» 3,10	p.	40,9	110	26		» »
» 4,10	p.	39	100	26		» »
» 5,30	p.	37,5	100	26		
» 9	p.	37,8	100	25		
» 12	n.	37,5	98	24		
IX. 6	a.	37	100	24		Quarto di pollo e vino.
» 12	m.	37	98	24	La donna in questo momento entra decisam. in convalescenza, e pochi giorni dopo esce dalla Clinica completamente ristabilita.	

Osservazione 4.ª

Anno 1881-82 - Sezione 2.ª - N. annuale 20 - IIpara - Gravidanza e parto a termine normali - feto in Pres. V. O. I. S. A. - Secondamento completo colla spremitura - Puerperio morboso per *endometrite settica e parametrite sinistra.*

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
I. 8	a.	37	66	19	Nulla di notevole.	Minestre.
» 4	p.	37	70	19	» »	
II. 8	a.	36,9	68	19	» »	2 uova e vino.
» 4	p.	37,3	82	20	» »	

Giorno del puerperio	Ora		T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
III.	8	a.	38,5	130	22	Cefalea - lochi fetenti.	Irrig. fen. end.ª
»	4	p.	39,7	132	26	» »	Solf. di chinino grm. 1.
IV.	8	a.	38,9	100	22	Cessata la cefalea - Parametrio sinistro leggermente dolente alla pressione - lochi fetenti - nessuna placca.	Irrig. fenicata endout. - applicaz. calde sul ventre - ova e vino.
»	4	p.	39,2	105	24	Ricomparsa la cefalea - lochi sempre fetenti - tensione mammaria - coprostasi.	Olio di ricino - idrato di cloralio.
V.	8	a.	37,9	120	26	Dolente sempre il parametrio sinistro.	Applicaz. calde sul ventre.
»	4	p.	38,4	139	26	» » Cessato il fetore dei lochi - cefalea.	» » Salic. di soda grm. 6.
VI.	8	a.	37,6	96	22	Notte insonne.	
»	4	p.	39,5	100	22		» »
VII.	7,30	a.	39	120	24	Polso piccolo cedevole - lochi non fetenti - lingua secca.	
»	9,15	a.	40	130	26	» »	Bagno raffred.
»	11	a.	39,4	100	24	Perfriger. della durata di 15′.	
»	1	p.	40,2	140	38		
»	3	p.	40,5	150	30	Cefalea - lochi un po' fetenti.	Ghiaccio sul capo - vino - irr. fen. end.ª
»	5	p.	39,9	140	28		Bagno raffred.
»	7	p.	40	128	29		
»	7,45	p.	38,5	115	26	Si prescrive l'acido timico che per errore si dà ad 1 gr. per bolo.	Ac. tim. gr. 1.
»	9	p.	39,5	110	24		» »
»	10	p.	38	98	24		» »
»	11	p.	38,6	100	22		» »
»	12	n.	39	120	24		» »

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
VIII. 3	a.	38,2	98	26	Abbondante scarica alvina e sudore.	Ac. tim. gr. 1.
» 8	a.	39,5	115	22	Lochi ancora un po' fetenti.	Irrig. fenicata endouterina.
» 10	a.	39,6	123	28	Una scarica alvina.	Ac. tim. gr. 2.
» 11	a.	39,3	120	22		» »
» 12	m.	39	115	28		» »
» 1	p.	37,5	108	26		
» 2	p.	37,6	104	24		
» 3	p.	37,4	100	22	Sudore abbondante.	Irrig. fen. end.ª
» 4	p.	37,5	98	22	Diminuito il dolore al parametrio sinistro	
» 7	p.	38	108	24	Scar. alvina abbond.	
IX. 1	a.	37,7	100	24	» »	
» 7,30	a.	38,8	120	22	Sudore abbondante e molte scariche.	
» 10	a.	38,5	100	22		
» 12	m	38,2	110	24	Lochi siero-mucosi ancora un po' fetenti.	Irrig. fenicata endouterina.
» 2	p.	38,3	104	22	Una scar. alvina diarroica.	
» 3,30	p.	38	100	22	Sudore abbondante.	
» 4,30	p.	37,9	88	21	» »	
» 5,30	p.	38	98	23	» »	
» 7	p.	37,6	100	22	» »	
» 8	p.	37,8	90	21	» »	
» 10	p.	37,5	100	20	» meno abbond.	
» 12	p.	37,2	96	20	» »	
X. 2	a.	38	94	22	» »	
» 4	a.	37	98	24	» »	
» 7	a.	37,8	98	22	Notte dormita - nessun disturbo dell'apparecchio digerente - lochi meno fetenti - diminuito il sudore.	Irrig. fen. end.ª - buona alim. e vino.
» 10	a.	37,2	97	26	Evacuazione di materie formate.	
» 12	m.	37	99	22		

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
X. 2	p.	37,1	100	22	Ritorna il sudore ed è abbondante.	
» 4	p.	38,4	100	22	Cefalalgia.	
» 6	p.	38,3	100	24		
» 8	p.	38	94	24	Sudore abbondante.	
» 10	p.	38,2	96	24		
XI. 3	a.	38	90	22	Scarica alvina di materie formate.	
» 6,30	a.	38	100	22	Sudore abbondante.	
» 8	a.	37	80	22	Scarica alvina di materie formate.	Irrig. fen. end.ª - buona alim. e vino.
» 11	a.	36,9	80	22		
» 2	p.	37	86	24	Due scar. alvine diarroiche.	
» 9	p.	37,6	96	22	Sudore abbondante.	
» 12	n.	37,5	92	22	» »	
XII. 2	a.	37,3	86	23	Diminuito il sudore - da questo punto la donna entra definitivamente nella convalescenza.	

Osservazione 5.ª

Anno 1881-82 - Sezione 3.ª - N. annuale 8 - Ipara. - Gravidanza a termine - Metrorragia accidentale nel soprapparto di 800 gr. circa - Parto spontaneo - Secondamento colla spremitura - Puerperio morboso per *vulvite difterica, endometrite settica e parametrite destra.*

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
I. 8	a.	36,5	94	22	Nulla di notevole.	Minestre.
» 4	p.	37	86	20	» »	
II. 8	a.	37	90	20	Utero un po' dolente.	Applicaz. calde sul ventre.
» 4	p.	37,5	80	20	» »	» »

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
III. 8	a.	36,8	85	20	Notte dormita - non più dolente l'utero.	
» 4	p.	38	94	20	Espulse un coagulo della grossezza di una noce un po' fetente.	
IV. 8	a.	37,5	98	20	Nevralgia lombo addominale destra.	Morfina.
» 10	a.	40	100	22	Qualche perfrigeraz.	Salicil. di soda grm. 6.
» 4	p.	40	100	22	Dolente anche alla pressione leggera il parametrio destro - placche sulla lacerazione vulvare.	Applicaz. calde sul ventre - deters. della laceraz. con ac. fen. puro.
V. 8	a.	38	80	20	Notte tranquilla - continuano le perfrigerazioni ed il dolore al parametrio destro.	Ova, brodi, vino e ghiaccio internamente.
» 4	p.	40	120	22	Verso il mezzogiorno perfrigeraz. della durata di 10′ - dolente il parametrio destro.	Applicaz. terebentinate sul ventre - irrigazioni fenic. endout. - bagno raffredd.
» 11,30	p.	40	118	22		Salicil. di soda.
VI. 8	a.	40	100	22	Cefalalgia e rumori negli orecchi.	
» 4	p.	39,5	110	24	Verso il mezzogiorno perfrigeraz. della durata di 45′.	Bagno raffreddato.
» 11	p.	39,7	112	24	Perfrigeraz. di breve durata.	Salic. di soda.
VII. 8	a.	38,6	132	22	Notte insonne - ventre tutto dolente - tre scar. alv. diarroiche - utero 5 dita trasverse sul pube - lochi non fetenti - placche in via di riparazione.	Vino - buona alim. - ghiacc. intern. - salicilato di soda.

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
VII.	4	p. 39	120	22	Rumori negli orecchi - dolente sempre il parametrio destro.	Iodoformio sul ventre - bagno raffredd.
»	11	p. 37	104	20		
VIII.	8	a. 39,5	130	28	Notte insonne - dolente tutta la regione sotto-ombellicale - una scarica alvina.	
»	4	p. 38,9	116	26	Una scarica alvina.	
IX.	8	a. 38	100	26	Notte tranquilla - dolente sempre il parametrio destro.	Ac. tim. gr. 6.
»	10	a. 38	90	28		
»	1	p. 38,5	110	28		
»	3,30	p. 38,7	110	28		
»	4,30	p. 39	120	28		Ac. tim. gr. 2.
»	6	p. 39	100	30		» »
»	7	p. 39,4	114	34		» »
»	8	p. 38	106	26		
»	9	p. 37,5	114	30	Sudore abbondante.	
»	10	p. 37	108	26		
»	11,40	p. 37	100	24		
X.	5,20	a. 38	100	24	Vomiti di materie mucose - due scar. alvine.	
»	7	a. 37,5	100	24	Sempre dolente il parametrio destro - i lochi si fanno fetenti.	Irrig. fenicata endouterina.
»	8,15	a. 38	100	24		
»	11	a. 39	108	32		
»	12	m. 39	120	28		
»	1	p. 39,5	120	30		
»	2	p. 39,5	110	26		
»	3	p. 39,5	110	32		
»	4,30	p. 39,5	112	26	» »	Ac. tim. gr. 2.
»	6	p. 39,2	110	28		» »
»	7,30	p. 39	120	34		» »
»	8,40	p. 38	110	32	Sudore abbondante.	
»	10	p. 37,5	100	28		
»	12	n. 37	90	22		

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
XI.	2 a.	37,4	100	24	Sudore abbondante.	
»	5 a.	37,6	96	26		
»	6 a	37,4	96	28		
»	7 a.	37,7	100	28	Ventre indolente - lochi poco fetenti.	Irrig. fenicata endouterina.
»	8 a.	38	104	28		
»	9,45 a.	38,7	100	28		
»	11 a.	39,3	110	28		
»	12 m	39	120	22		
»	1,20 p.	39,6	112	28		
»	2,20 p.	39,6	110	38	Cefalea.	Ac. tim. gr. 2.
»	3,20 p.	39,5	110	36		» »
»	4,30 p.	39	108	28		» »
»	5,30 p.	38,5	100	32	Sudore abbondante.	Vino e buona alimentaz.
»	6.30 p.	38	100	30		
»	7,30 p.	38,2	102	32		
»	8,30 p.	38,2	100	24	» »	
»	10,30 p.	37	90	24		
»	11,30 p.	37	98	26	» »	
XII.	1,30 a.	37,5	100	28	Vomito di materie mucose.	
»	3,30 a.	37.8	110	30	Sudore abbondante.	
»	4,30 a,	38,5	120	30	» »	
»	5,30 a.	38,1	110	28		
»	6,30 a.	38,2	104	30	Il sudore diminuisce.	
»	7,30 a.	37,5	92	26	Notte dormita - una scarica alvina.	» »
»	8,30 a.	37	100	22		
»	9,30 a.	37,5	76	24		
»	10,30 a.	38	92	26	Sudore scarso.	
»	11,30 a.	38,5	90	26		
XIII.	3,30 a.	37,6	100	26		
»	4,30 a.	37,5	95	24	» »	
»	5,30 a.	37	80	22		
»	6,30 a.	37,4	82	20		
»	7,30 a.	37	80	20	» » Notte tranquilla.	

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
XIII.	10,30 a.	37,8	96	26		
»	11,30 a.	38	100	28	Sudore scarso.	
»	1,30 p.	38	84	30		
»	2,30 p.	37,8	84	24	» »	
»	3,30 p.	38	70	30	Da questo momento la temper. tranne qualche passeggero 38, del resto fu sempre norm.	

Osservazione 6.ª

Anno 1881-82 - Sezione 3.ª - N. annuale 13 - Ipara - Gravidanza e parto normali e a termine - Feto sviluppato - Secondamento manuale - Puerperio morboso per *difterite vulvare, parametrite destra e setticemia.*

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
I.	8 a.	37,5	90	22	Nulla di notevole.	Minestre.
»	4 p.	37	80	22	Dolenti i parametrii.	Applicaz. calde sul ventre.
II.	8 a.	37,5	90	26	Lochi sanguigni ed abbondanti - dolenti i param. - placca difterica sulla parte posteriore ed inferiore della vagina.	» » cauter. della placca con ac. fenico.
»	10,30 a.	39,5	120	30	Perfrigeraz. ripetute di breve durata.	
»	1 p.	38,5	120	30		Ova e vino.
»	2,30 p.	40	120	32		Ac. tim. gr. 2.
»	4,30 p.	39	132	36		» »
»	6,20 p.	38,6	126	32		» »
»	7,30 p.	39	114	30	Lochi leggerm. fetenti.	Irrig. fen. end.ª
»	8,25 p.	39	140	32		
»	9,15 p.	39,5	110	30	Non sudore - insonnia.	
»	10,30 p.	40,5	125	40	Lochi fetenti.	» »

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
III.	12,50 a.	39,5	132	36		
»	5,50 a.	39,6	120	34		
»	7,25 a.	39	112	34	Dolente il parametrio destro - lochi sanguigni ed un po' fetenti.	Irrig. fen. end.ª Applicaz. calde sul ventre.
»	11,20 a.	39,5	116	34		
»	12,20 p.	39	116	36	Cefalea frontale.	Zabaglione e Marsala.
»	1,20 p.	40	120	40		
»	2,20 p.	40,2	120	40	Cefalea frontale - polso irregolare.	Vino.
»	3,20 p.	39,5	114	36		Ac. tim. gr. 2.
»	4,30 p.	39	110	34		» »
»	6 p.	38,5	112	28		» »
»	7,40 p.	38	110	28		Irrig. fen. end.ª
»	10,20 p.	37,5	100	24	Una scar. alvina diarroica.	
IV.	12,20 a.	37,5	100	24		
»	2 a.	37,5	100	24		
»	5 a.	38	100	32	Sudore discreto - leggiera cefalalgia.	Ghiaccio sul capo.
»	6,20 a.	38,5	100	24		
»	7,20 a.	39	120	36	Tre scar. alvine diarroiche - dolente il parametrio destro - lochi sanguigni ma meno fetenti.	Applicaz. calde sul ventre - irr. fen. end.ª vino e buona alimentaz.
»	8,80 a.	39,4	110	36		
»	10,10 a.	39,6	120	32		
»	11,10 a.	39,5	120	38		Ova e vino.
»	12,30 p.	39,8	120	36	Cefalalgia.	Ghiaccio sul capo.
»	1,30 p.	39,5	128	38		Ac. tim. gr. 2.
»	2,30 p.	39	110	34		» »
»	3,30 p.	38,6	120	36		» »
»	4,30 p.	38	100	30		
»	6,30 p.	38,5	100	30		
»	7,30 p.	37,2	100	28	Abbond. scarica alvina.	

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
IV.	8,30	p. 37,4	98	26	Abbond. scarica alvina.	
»	2,30	p. 37,6	100	24	Sudore abbondante.	
»	10,30	p. 39	100	36	Scarica alvina abbond.	
»	11,30	p. 38,5	100	32	Sudore abbond.-dorme.	
V.	3,30	a. 38,8	110	34		
»	4,30	a. 39	120	36	Scarica alvina abbond.	
»	5,30	a. 38,6	104	34	» »	
»	6,30	a. 38,5	104	34	» »	
»	7,30	a. 38,6	110	32	Urine scure come fenicate - dolente sempre il parametrio destro - tensione mammaria.	Marsala, brodi ristretti ed ova.
»	10,30	a. 38,5	110	26		Ac. tim. gr. 2.
»	11,30	a. 38,2	100	28	Non sudore.	
»	0,30	p. 37	100	27		» »
»	1	p. 37	100	27	Delirio calmo della durata di 30′.	
»	2	p. 37	118	30		
»	3	p. 37	90	26		
»	4	p. 37	100	28		
»	6	p. 37	98	28		
»	7	p. 37	92	30		
»	8	p. 37,6	100	30	Sudore abbondante - due scar. diarroiche.	
»	9	p. 37	104	30	Senso di bruciore e peso all'epigastrio.	Bicarb. sodico.
»	10	p. 37,8	100	32	Due scar. alvine diarroiche - continua la pirosi.	» »
»	11	p. 39,5	100	38		
VI.	1	a. 39	120	38		
»	2	a. 39,5	112	40	Sudore abbondante.	
»	3	a. 39,3	108	38	Una scarica alvina.	
»	4	a. 39,8	110	40		
»	5	a. 39,6	104	42	Urine molto scure ma senza albumina.	
»	6	a. 39	100	40		
»	7,30	a. 39	104	36	Notte quasi insonne.	Ac. tim. gr. 2.

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
VI.	8,30 a.	38,6	108	36		Ac. tim. gr. 8.
»	9,40 a.	37,3	110	36	Sudore abbondante.	» »
»	10,40 a.	37,5	100	38		
»	0,20 p.	37	100	32		
»	1,30 p.	38,7	112	38	Una scarica alvina.	
»	2,30 p.	38	110	36	» »	
»	4,30 p.	39,9				
»	5,30 p.	39,7	120	38		
»	6,30 p.	40,3	125	46		
»	7,30 p.	38	96	42	Cordiopalmo - toni deboli - nessun rumore.	Vino e buona alimentaz.
»	8,30 p.	39,4	100	44	» »	
»	9,30 p.	39,5	100	45		Ac. tim. gr. 2.
»	10,30 p.	38,4	120	32	Vomito poco dopo l'ingestione del rimedio.	» »
»	11,30 p.	38,5	128	34		» »
»	12 n.	38,5	106	32		Marsala.
VII.	1 a.	38,6	100	30		
»	3,30 a.	38,5	100	30	Due scariche alvine.	
»	4,30 a.	38,2	98	32	Compare leggera sord.	
»	6,30 a.	38	110	32		
»	7,30 a.	37,5	110	30	Pirosi.	Bicarbon. sodico $^{8}/_{1000}$.
»	9 a.	38	100	30		Ova e vino.
»	11 a.	37	100	30	Continua la sordità.	
»	1 p.	37,4	100	28		
»	3 p.	37	100	32	Comincia a diminuire la sordità - due scariche alvine - continua il dolore al param. destro.	Iodoformio in pomata sul ventre.
»	4 p.	37	110	40		Marsala.
»	6 p.	38	110	32		
»	7 p.	38,6	120	30	Una scarica alvina.	
»	8 p.	39	100	32		
»	9 p.	38,8	110	30		
»	10,30 p.	39,8	100	36		Ac. tim. gr. 2.
»	11,30 p.	38,8	100	36	Traspirazione cutanea abbondante.	» »

Giorno del puerperio	Ora		T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
VIII.	0,30	a.	38,5	90	24	Scarica alvina diarr.	Ac. tim. gr. 2.
»	1,30	a.	37,8	100	30		
»	3,30	a.	37,6	110	36		
»	5,30	a.	37,4	100	28	» »	
»	6,30	a.	38,8	112	36		
»	7,30	a.	39	120	38		
»	8,30	a.	39,3	125	32		Buona alim. e Marsala.
»	9,30	a.	39	110	36		Ac. tim. gr. 2.
»	10,30	a.	40	125	34		» »
»	11,30	a,	39,5	130	40		» »
»	12,30	p.	38,5	100	36		
»	1,30	p.	38,3	125	34		
»	2,30	p.	38,1	116	32		
»	6	p.	40	125	40	Perfriger. poco prima.	Ac. tim. gr. 2.
»	7	p.	38	100	34		
»	8	p.	38,5	110	36	Brivido della durata di 20′.	
»	10	p.	40	110	36		
»	11	p.	39,5	120	34	Scariche alvine diarroiche N. 2.	» »
IX.	1	a.	39	115	36		
»	3	a.	38,8	110	34		» »
»	5	a.	38,5	108	32		
»	7	a.	38	110	26		» »
»	8	a.	38,5	110	32		Alim. buona e Marsala.
»	10	a.	38,8	100	28		
»	11,30	a.	39,3	110	34	Una scarica alvina.	
»	1	p,	39	115	38	» »	Ac. tim. gr. 2.
»	2	p.	38,5	110	36		
«	4	p.	37,8	100	32		» »
»	7	p.	37,5	98	28		» »
»	8	p.	37,5	96	30		
»	9	p.	37,8	90	32		Marsala.
»	10	p.	37,9	100	38		
»	12	n.	38	110	34		Ac. tim. gr. 2.
X.	4	a.	38	112	36		» »

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
X. 6	a.	37,5	108	34	Una scarica alvina.	
» 7	a.	38	100	32		
» 9	a.	38,4	160	30	Notte insonne - segni manifesti di collasso piuttosto grave dal quale non è possibile rianimarla anche dopo la più energica cura eccitante - questo stato dura fino alla morte - nel diario del 12° giorno è notato ancora quanto segue: il colasso continua e si fa grave - la donna è in completo abbandono - l'estremità si sono alquanto scaldate, ma persistono le chiazze cianotiche sulle parti inferiori delle gambe - i tratti del viso sono affilati, l'occhio spento, la lingua asciutta, il ventre concavo ed indolente - lochi cessati - la donna non accusa che senso di debolezza - si muove a stento e persiste a lungo nella posizione in cui è invitata a mettersi - toni del cuore deboli ma puri - ad onta di una cura eccitantissima la donna muore alle 6 ant. del 14° giorno di puerperio.	Bott. di acqua calda ai piedi - carte senapate sulle coscie e sul petto - mistura eccitante con cognac esen. solfor. e tint. di maschio - irrig. ipodermiche di etere solfor. - appl. calde sul capo - alim. succolenta e clisteri nutrienti.

Osservazione 7.ª

Anno 1881-82 - Sezione 3.ª - N. annuale 11 - Ipara - Gravidanza e parto normali ed a termine - secondamento completo colla spremitura - Lacerazione vulvo-perineale di 1º grado - Puerperio morboso per *difterite vulvare.*

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
I. 8	a.	37	64	24	Nulla di notevole.	Minestre.
» 4	p.	37	64	24		
II. 8	a.	36,8	60	22		Due ova e quarto vino.
» 4	p.	37,1	62	21		
III. 8	a.	37	74	28	Placca difterica sulla lacerazione perineale.	Cauterizz. con ac. fen. puro.
» 4	p.	37,2	80	24	La placca prende maggiori dimensioni.	
IV. 8	a.	40	114	34	Cefalea piuttosto intensa.	Ghiaccio sul capo.
» 11	a.	40,2	114	36		Ac. tim. gr. 2.
» 12	m.	39	112	24	Sudore abbondante - vomito.	» »
» 1	p.	38,7	100	30	» »	» »
» 3	p.	39	120	26		
» 4,30	p.	40,5	125	22		Vino, ghiaccio
» 5,30	p.	40,6	126	26	Sudore.	
» 6,30	p.	39,6	120	28		
» 8,30	p	39,8	112	30	Continua la cefalea.	
» 9,30	p.	39,9	112	30	» »	Ac. tim. gr. 2.
» 10,30	p.	39	130	24	Diminuita la cefalea.	» »
» 11,30	p.	38,7	110	22	Cessata la cefalea.	» »
» 12	n.	38	120	26		
V. 1	a.	38,6	124	30		
» 2	a.	38,2	118	26		
» 4	a.	37,5	110	28		
» 5	a.	37	100	26		
» 6	a.	37,4	98	28		
» 7	a.	37,2	96	22	Qualche vomito.	

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
V. 9	a.	37,4	92	20	Qualche urto di vomito e pirosi leggiera.	Bicarb. sodico gr. 2.
» 11	p.	37,5	100	28		
» 3	p.	40	120	32	Qualche perfrigeraz.	
» 4	p.	40,5	116	30		
» 5	p.	40	110	30		Ac. tim. gr. 2.
» 6	p.	39,4	110	30		» »
» 8	p.	39	104	34	Sudore abbondante.	» »
» 9,30	p.	39,6	104	32	Sudore.	
» 10,30	p.	39,4	100	28		
VI. 62,30	a.	38,4	100	24		
» 1,30	a.	38	110	26		
» 5,30	a.	37,8	100	28	Dormì 4 ore continue.	
» 6,30	a.	39,7	110	30	Traspirazione cutanea.	
» 7,30	a.	39,8	100	34	Lochi sempre un po' fetenti.	Irrig. fen. end.ª ova e vino generoso.
» 8,30	a.	39,5	100	34		
» 9,30	a.	39,8	110	36		Ac. tim. gr. 2.
» 10,30	a.	39,5	120	36		». » 3.
» 11,30	a.	40,1	110	28		» » 3.
» 12,30	p.	37,5	95	28	Traspirazione cutanea.	Vino.
» 1,30	p.	37	104	24		
» 3	p.	37,2	85	22	Vomito di liquidi bevuti poco prima.	Bicarb. sodico.
» 5	p.	38	84	32		Ac. tim. gr. 2.
» 6	p.	38,6	84	34		
» 7	p.	39	40	38		
» 8	p.	39,4	100	32		
» 9	p.	39,8	110	34		
» 10	p.	39	97	32		
» 11	p.	39	100	36		» »
» 12	p.	39	100	34	Due scar. alvine diarroiche.	
VII. 2	a.	38,2	100	24		
» 4	a.	38	95	26		» »
» 5	a.	37	100	28		Vino ed ova.
» 7	a.	38	90	28		

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
VII. 8	a.	37	100	24		Ac. tim. gr. 2.
» 10	a.	37	90	26		Vino ed ova.
» 12	m.	39	115	38		Ac. tim. gr. 2.
» 2	p.	40	120	36		
» 4	p.	37	90	24		Vino ed ova.
» 5	p.	38,5	110	36		Ac. tim. gr. 2.
» 6	p.	39	100	34	Vomito, leggera epistassi e breve perfrigerazione.	Bicarb. sodico.
» 7	p.	40	120	34		Ac. tim. gr. 2.
» 8	p.	39,8	115	32		Brodi, vino ed ova.
» 9	p.	39,6	120	34		
» 10	p.	39,5	110	32	Sudore abbondante.	
» 12	n.	39	100	24		Ac. tim. gr. 2.
VIII. 5	a.	39,8	120	28		» »
» 7,30	a.	38,5	100	28		» »
» 8	a.	38,6	100	28		» »
» 9	a.	37,5	100	30		Minest., ova e vino.
» 10	p.	37	100	28		
» 11	a.	37,2	100	26		
» 12	m.	37,5	110	28		
» 1	p.	38,2	100	26		
» 2	p.	38,6	100	26		Ac. tim. gr. 2.
» 3	p.	38	100	24		
» 5	p.	38,1	95	24		Zabagl., Mars.
» 9	p.	38	100	26		
» 12	n.	38,2	98	24		Ac. tim. gr. 2.
IX. 1	a.	38	100	26		» »
» 2	a.	38,2	95	24		» »
» 6	a.	38,5	100	52		
» 8	a.	38,7	112	26		
» 10,30	a.	40,6				Bagno raffred.
» 11,30	a.	38,8			Perfrigerazione.	
« 3	p.	41	120	30		Ac. tim. gr. 2.
» 4	p.	39,5	120	38		» »
» 5	p.	39	118	32		» »

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
IX. 6	p.	38	116	28		
» 7	p.	38,5	110	24		
» 10	p.	37	100	28		
X. 2	a.	37,2	108	24		
» 4	a.	37	100	24	Scar. alvina diarroica.	
» 6	a.	37	90	24		
» 8	a.	37	90	22	Da questo momento la donna non ebbe più una temp. febbrile e fu dichiarato tolto l'isolamento.	Buona alim. e vino.

Osservazione 8.ª

Anno 1881-82 - Sezione 3.ª - N. annuale 14 - Ipara - Gravidanza e parto normali ed a termine - Secondamento completo con la spremitura - Nessuna lacerazione vulvo-perineale - Puerperio patologico per *difterite vulvare.*

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
I. 8	a.	37,5	76	20	Nulla di notevole.	Minestre.
» 4	p.	37	80	20	» »	
II. 8	a.	37,3	74	20	» »	Ova e 1/4 vino.
» 4	p.	37,2	77	20	» »	
III. 8	a.	37	70	22	» »	Ova e vino.
» 4	p.	37,8	82	23	Placca difterica piuttosto estesa sulla parete posteriore della vagina che in alcuni punti è leggermente e qua e là corrosa - cefalea.	Cauter. della placca-ghiaccio sul capo.
IV. 8	a.	39,8	100	24	Espulse un coagulo non fetente - perfrigeraz.	
» 11	a.	40	112	25	Sudore abbondante.	
» 1	p.	40,1	120	30		Ac. tim. gr. 2.
» 2	p.	37	120	24	Tre scariche alvine.	» »
» 3	p.	37,3	120	25		» »

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
IV.	5	p. 37,5	120	24	Perfrigeraz. di breve durata.	Buona alimentazione.
»	8	p. 38	112	24		
»	10	p. 39,8	115	25		
»	12	n. 40,7	120	28		
V.	8	a. 38,7	100	25		
»	3	p. 39	128	28		
»	5,30	p. 39,4	126	28		Ac. tim. gr. 2.
»	6,30	p. 38	120	26		» »
»	7,30	p. 37,2	80	22		» »
»	8,30	p. 36,9	80	22	Traspirazione cutanea.	
«	9	p. 37,3	82	24	» »	
»	12	n. 37,8	100	28		
VI.	2	a. 37,6	80	22		
»	5	a. 36,6	98	20	Due scariche alvine.	
»	6,30	a. 36,7	80	20		Ova e vino.
»	11	a. 39,3	108	26		Ghiaccio inter.
»	1,40	p. 40	120	27		
»	3	p. 40,5	130	30		
»	3,30	p. 40,6	140	35		
»	5	p. 40,7	145	35		Ac. tim. gr. 2.
»	6	p. 39,8	120	30		» »
»	7	p. 38	120	28		» »
»	9	p. 37,6	100	26	Sudore abbondante ed una scarica alvina.	
»	11	p. 39	110	24	Vomito di materie alimentari - elmintiasi.	Bicarb. di soda e santonina.
VII.	1	a. 38,0	100	26		
»	5	a. 39	100	26	Due scariche alvine.	
»	7	a. 38,5	110	28		
»	9	a. 38,3	100	26		
»	11	a. 38,5	95	28		
»	1	p. 38	94	28	Tens. mammaria ragguardevole.	Acet. potassico grm. 4.
»	3	p. 38,9	108	30		
»	5	p. 39	92	30		Ac. tim. gr. 2.
»	6	p. 39,2	96	30		» »
»	7	p. 38,5	86	28		» »

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
VII. 9	p.	37,9	78	22		
» 11	p.	37,2	90	26		
VIII. 1	a.	37,9	90	28		
» 3	a.	38,2	98	28	Due scariche alvine.	
» 5	a.	38,5	96	30		
» 7	a.	38,3	104	28		
» 10	a.	38,7	86	26		
» 12	m.	38,8	90	28		
» 1	p.	38,6	90	26		
» 2	p.	38,5	90	24		
» 3	p.	38	96	24		
» 4	p.	38,4	78	26		Buona alim.
» 5	p.	38,2	74	22		
» 6	p.	38,3	80	24		
» 7	p.	37,6	82	26		
» 8	p.	38,4	86	28		
» 9	p.	38,2	88	26		
» 10	p.	38	86	26		
» 11	p.	38	88	22		
» 12	n.	37,3	80	28		
IX. 1	a.	37,2	88	24		
» 4	a.	37	78	20	Sudore abbondante.	
» 8	a.	37,2	78	26	La donna è convalesc.	

Osservazione 9.ª

Anno 1881-82 - Sezione 2ª - N. annuale 33 - IIpara - Parto settimestre - Estrazione manuale del feto in present. podalica per metrorragia accidentale - Metrorragia post-partum - Compressione dell'aorta, eccitamento del ganglio di Frankenhauser, segala cornuta, iniezioni sottocutanee di ergotina, fasciatura degli arti - Puerperio morboso per *endometrite settica e parametrite destra.*

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
I. 8	a.	37,7	100	21	Utero ben contratto.	Minestre.
» 4	p.	38	114	24	Dolente alla pressione il corpo dell'utero, spe-	Applicaz. calde sul ventre.

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
					cialmente il segmento inferiore - dolente il parametrio destro.	
II.	8	a. 38,6	109	22	Pelle secca.	Ova e vino.
»	4	p. 38,5	100	24	Tosse molesta, leggera cefalea, lingua umida, dolente il parametrio destro.	» »
III.	8	a. 38,6	120	23	Polso piccolo frequente, pelle secca, espulse un coagulo fetentiss. grosso come un uovo di gallina - lochi fetenti.	Irrigaz. fenic. endouterina.
»	4	p. 39	104	26		Ac. tim. gr. 6.
»	8	p. 37				
IV.	8	a. 38,9	130	24	Sete intensa - verso le 3 ant. brividi di breve durata, pelle secca, ventre piano, dolente sempre il parametrio destro, utero a cinque dita sul pube - lochi sierosi fetenti.	Applicaz. calde sul ventre - irrigaz. fenicata endout.
»	9,30	a. 40,2	120	24		Ac. tim. gr. 2.
»	10,30	a. 39,9	125	24	Comincia il sudore.	» »
»	11,30	a. 39,4	98	28	Continua il sudore.	» »
»	0.30	p. 38,8	130	26	Diminuito il sudore.	
»	3	p. 38,2	85	26		Irrig fen.end.ª
»	4	p. 39,8	126	26	Vomito.	Bicarb. sodico.
»	5,30	p. 39,5	130	28	Continua il vomito.	Ghiaccio inter.
»	8	p. 39,2	120	26	Pelle umida.	
»	9	p. 38,8	110	26		
»	11	p. 38,5	115	24		
V.	2	a. 39	120	26	Una scar. alvina diarroica.	
»	6	a. 38,5	114	26	Tosse molesta da catarro bronchiale.	Pozione con codeina.
»	9,30	a. 38	100	24	Ventre trattabile ed in-	Irrig. fen. end.ª

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
					dolente - utero ben ridotto - lochi fetenti - nessuna placca.	
V.	1	p. 38,5	120	26		
»	2,30	p. 38,2	100	25		
»	3,30	p. 38,3	106	26		
»	4,50	p. 38,2	110	24		
»	7	p. 39	106	24		
»	10,30	p. 30,5	100	23		
VI.	7	a. 37,7	98	26	Lochi fetenti.	Irrig. fen. end.ª
»	12	m. 40,4	132	28		
»	2,30	p. 40	140	28		
»	4	p. 40	120	25		Ac. tim. gr. 2.
»	5	p. 39,5	136	26		» »
»	6	p. 39,3	128	24		» »
»	7,30	p. 38	120	24	Comincia il sudore.	
»	9	p. 38,2	124	26		
VII.	3	a. 38	110	24		
»	7.40	a. 38,4	100	23	Due scar. alvine diarroiche.	
»	10,30	a. 38,6	110	24		
»	2,30	p. 38,7	112	24	Una scar. alvina diarroica.	
»	5	p. 40,5	130	26		
»	7	p. 40,5	130	26		» »
»	8	p. 39,6	120	24		» »
»	9	p. 38,4	98	26		» »
»	10	p. 38	94	28		
VIII.	3	a. 37,9	89	26		
»	7	a. 38,8	110	26		
»	11	a. 39	108	24	Esame delle urine - Densità 1021, manifestamente acide, colore rossigno con leggero deposito di muco - senza albumina.	
»	1,30	p. 39,7	108	26		Bagno fr. a 20°
»	2	p. 37	80	24		
»	3,30	p. 38,5				

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
VIII.	4,15 p.	39,5				
»	4,30 p.	40,5				Bagno fr. a 20⁰
»	5,20 p.	37,2				
»	5,50 p.	38,7				
»	6,30 p.	40,3				Ac. tim. gr. 2.
»	7,30 p.	39,7				» »
»	8,30 p.	39,3				» »
»	9,30 p.	38,7			Vomito-sudore abbond.	
»	10,15 p.	38,5	130	28		
»	12 n.	38,6	126	26	Una scar. alvina diarr.	
IX.	2 a.	38,4	128	26		
»	4 a.	39,3	130	28	» »	
»	6 a.	39,8	134	26		
»	7,30 a.	40,2	126	27	Notte insonne.	
»	9,30 a.	40,4	120	28	Lochi ancora fetenti.	Irrig. fen. end.ª al 5 % della durata di 10′, indi irrig. di acqua bollita fredda della dur. di 2 ore.
»	0,30 p.	41,3	140	28	Briv. della dur. di 30′.	Bagno fr. a 20⁰
»	1,30 p.	37.4				
»	2,30 p.	37,6				
»	3,30 p.	38,2	112	28		
»	4,40 p.	38,4	104	26		
»	6,40 p.	37,6	98	26		
»	8,30 p.	37	82	24	Sudore abbondante.	
»	10,30 p.	36,9	80	22		
X.	1 a.	37	84	22	Una scar. alvina diarr.	
»	3 a.	37,4	90	24		
»	6,30 a.	36,8	82	22		
»	8 a.	37	86	24	» »	
					Da questo momento la donna non ebbe più una temp. febbrile, ed uscì dall'ospizio completamente guarita.	

Osservazione 10.ª

Anno 1881-82 - Sezione 2ª - N. annuale 40 - IXpara - Gravidanza di 8 mesi e mezzo - Feto macerato - Metrorragia accidentale - Donna anemica al sommo grado e sfinita - Puerperio patologico per *endometrite settica e parametrite doppia.*

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
I.	8 a.	37	100	30	Nulla di notevole.	Minestre.
»	4 p.	37	99	36	L'emorragia è cessata - - lochi scarsi.	Lavat. vagin.
II.	8 a.	37	80	21		Ova e vino.
»	4 p.	38,3	120	26		
III.	8 a.	38,6	125	26	Notte insonne, pelle asciutta, senso di freddo, ventre arcuato, trattabile, dolenti l'utero ed i parametrii, utero a 2 dita sul pube, lingua alquanto asciutta - cefalea - lochi non fetenti.	Lavat. vagin. frequenti, ova e vino.
»	4 p.	39,6	130	29	I lochi si fanno leggermente fetenti.	Irrig. fen. end.ª Ac. tim. gr. 6.
»	10 p.	37,2	100	29	Fenomeni di adinamia.	Eccitanti.
IV.	8 a.	38,5	96	27	Polso piccolo, pelle asciutta, ventre piano e trattabile, 2 scariche diarroiche - lochi ancora sang. non fetenti.	Brodi ristretti, ova, vino e ghiaccio internamente.
»	11 a.	38	110	24	Una scar. alvina diarr.	
»	1,30 p.	39	110	26	» »	
»	2,30 p.	38,9	120	27	Lochi di nuovo un po' fetenti.	Irrig. fen. end.ª
»	3,30 p.	39	130	28		Chinino gr. 2.
»	4,30 p.	39,5	128	28	Una scar. alvina diarr.	Vino e ghiacc.
»	5,30 p.	39,4	112	26	» »	Ac. tim. gr. 2.
»	6,30 p.	39	100	28		» »
»	7,30 p.	38,6	110	30		» »
»	9,30 p.	38,4	100	28		

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
IV.	12 n.	37,6	112	26	Una scar. alvina diarr.	
V.	2 a.	38	110	28	Due » »	
»	4,30 a.	37,9	119	29	Una » »	
»	6,30 a.	38,6	100	26	Notte tranquilla - la donna è alquanto riposata, ma lo stato suo è sempre gravissimo per la profonda anemia - lochi alquanto fetenti.	Irrig. fen. end.ª
»	7,30 a.	38	110	26		
»	8,30 a.	39.2	124	30	Briv. della dur. di 15′.	
»	10 a.	39,6	122	32		
»	11 a.					Bagno fr. a 20°
»	11,15 a.	37,5	130	55		
»	12 m.	39	128	38		
»	0,30 p.	39,5	126	36		
»	1,30 p.	40	138	48		
»	3,40 p.	40,3	140	50		
»	5 p.	39,5	136	48		
»	6,15 p.	39,8	138	48		Ac. tim. gr. 2.
»	7 p.	39,5	136	38		» »
»	8 p.	38,9	130	34	Due scar. alvine diarr.	» »
»	9,35 p.	38,4	126	32	Una » »	
»	12 n.	37,7	120	32	Tre » »	
VI.	3,30 a.	39	100	38		
»	6 a.	40	150	40	Due » »	
»	8,15 a.	40,4	138	43		
»	9,40 a.	39,8	134	38		Bagno fr. a 20°
»	10,20 a.	37,6	126	40		
»	12 m.	38,5	128	36		
»	1,30 p.	38,7	120	38		
»	3 p.	38,5	120	36		Chin. gr. 2 in mezz'ora.
»	5 p.	39,5	130	32		
»	6 p.	39,5	132	32		Ac. tim. gr. 2.
»	7 p.	39,4	132	30		» »
»	8 p.	38,5	116	32		» »
»	10 p.	37,5	120	30		

Giorno del puerperio	Ora		T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
VII.	12,30	a.	37,2	100	26		
»	4	a.	37	100	24		
»	7	a.	37,5	108	24		
»	8,30	a.	37,5	96	24		
»	9,15	a.	37,4	96	24		
»	11,50	a,	38	100	26		
»	1,30	p.	38,2	109	25	Polso piccolo - toni cardiaci deboli.	Infuso di digitale.
»	3,20	p.	39,9	130	30		Chin. gr. 2 in mezz'ora.
»	4	p.	40	130	32		Bagno fr. a 20°
»	4,30	p.	37	120	30		
»	5	p.	37,2	100	30		
»	6,15	p.	37,6	98	28		
»	7	p.	37,5	96	26		
»	8	p.	37,9	100	28	Una scar. alvina diarr.	
»	10,40	p.	37,2	98	26	» »	
VIII.	1	a.	37	96	24		
»	3,30	a.	37,4	100	20		
»	6	a.	37,8	100	28		Uova e vino.
»	7,30	a.	37,9	100	30	Notte insonne.	
»	9,25	a.	37,5	100	30	Qualche vomito.	Ghiaccio inter.
»	11	a.	37	98	28		Ova e vino.
»	2	p.	40	120	30		
»	3,15	p.	39,6	126	28		Chin. gr. 2 in mezz'ora.
»	4,20	p.	39,3	124	28		Bagno fr. a 20°
»	4,35	p.	37	116	24		
»	5,10	p.	37	100	24		
»	7,30	p.	37,5	100	26		
»	8	p.	37,5	100	26		
»	9	p.	37,3	116	24		
»	10,10	p.	37,5	118	26		
»	12	n.	37,9	110	98	Due scar. alvine diarr.	
IX.	2	a.	38	110	28		
»	4	a.	37,8	100	26	Notte agitata.	
»	7	a.	37,3	98	26		
»	10,15	a.	37,2	98	28		Ova e vino.

Giorno del puerperio	Ora	T.	P.	R.	Osservazioni cliniche	Dieta e rimedii
IX.	1,30	p. 39	116	30		
»	3,50	p. 39,8	124	34		
»	4,30	p. 39,5	124	32		Chin. gr. 2 e bagno freddo.
»	4,50	p. 37	100	26		
»	6,30	p. 37,2	110	26		Ova e vino.
»	7,30	p. 37,4	110	28		
»	8,30	p. 37,2	100	28	Due scar. alvine diarr.	
»	10	p. 37,4	112	28		
»	12	n. 38,5	116	32		
X.	2	a. 38,7	118	28		
»	4	a. 39	126	36		Ova e vino.
»	6	a. 39,4	124	34	Notte insonne.	
»	7,30	a. 39,5	132	36		» »
»	11,10	a. 38,7	128	34	Una scar. alvina diarr.	
»	2,10	p. 40	138	38	Due » »	
»	3	p. 40,1	138	40		Bagno fr. a 20°
»	3,30	p. 37,7	116	36		
»	4	p.				Chin. gr. 2 in mezz'ora.
»	6,10	p. 37,4	112	36		Ova e vino.
»	7,30	p. 37,5	115	34		
»	9,30	p. 39.2	112	34		Ac. tim. gr. 2.
»	10	p. 38,8	110	34		» »
»	11	p. 38,5	100	38		» »
»	12	n. 38	100	36		
XI.	2	a. 37,5	90	30		
»	4	a. 37,2	90	28		
»	6	a. 37	85	28		
»	8	a. 36,8	80	24	I parametrii sono ancora tesi, ma la tensione va sempre più dimin., l'apiressia si mantiene definitivamente, e la donna lascia la clinica prima che la param. sia interam. risolta, ma del tutto apiretica.	

Tavola sinottica degli abbassamenti ottenuti.

Abbassam. ottenuti col rimedio in gradi e decimi di grado	Tempo impiegato per ottenere l'abbassamento certo in ore e minuti	Epoca della giornata in cui fu amm. il rimedio	Intervallo apiretico ottenuto in ore e minuti	OSSERVAZIONI
2°	6 e 30	pom.	—	Non si ottenne l'apiressia.
3°,5	6 e 40	ant.	22	Si ottenne l'apiressia.
1°,6	5 e 30	pom.	54 e 30	» »
2°,4	5 e 30	ant.	21 e 30	» »
1°,4	3 e 15	pom.	7 e 45	» »
3°	6	ant.	4	» »
2°,8	9	pom.	27	» »
2°,4	4 e 30	ant.	—	Non si ottenne l'apiressia.
2°	3	pom.	12	Si ottenne l'apiressia.
4°,1	3 e 30	»		» » definitiva.
3°	6 e 15	»	41	Si ottenne l'apiressia.
2°,5	3 e 30	»	12	» »
3°,4	3 e 50	»	5	» »
2°,5	3	ant.	—	Non si ottenne l'apiressia.
3°,2	6	pom.	12 e 30	Si ottenne l'apiressia.
1°,7	7	»	—	» » definitiva.
3°	3	»	20	» » —
4°	3	»		» » definitiva.
1°,8	7 e 15	»	—	Non si ottenne l'apiressia.
2°,1	3	ant.		Si ottenne l'apir. definitiva.
1°,9	2	pom.	11 e 45	» » —
2°	5 e 30	»	10	» » —
2°,6	8	»		» » definitiva.
1°,4	4	»	—	Non si ottenne l'apiressia.
2°,8	5 e 20	»	9 e 20	Si ottenne l'apiressia.
2°,3	6	»	3	» »
1°,6	2 e 30	ant.	10	» »
2°,3	2	»	3 e 20	» »
1°	2 e 30	pom.	—	Non si ottenne l'apiressia.
2°,4	5	»	3	Si ottenne l'apiressia.
1°,9	5	ant.	—	Non si ottenne l'apiressia.
1°,8	6	pom.	5	Si ottenne l'apiressia.
1°,3	1 e 30	»	—	Non si ottenne l'apiressia.

Abbassam. ottenuti col rimedio in gradi e decimi di grado	Tempo impiegato per ottenere l'abbassamento certo in ore e minuti	Epoca della giornata in cui fu amm. il rimedio	Intervallo apiretico ottenuto in ore e minuti	OSSERVAZIONI
3°,1	5 e 30	pom.	11	Si ebbe l'apiressia.
2°,7	13 e 30	»	—	Non si ottenne l' apiressia.
2°,3	3	ant.	4 e 30	Si ottenne l'apiressia.
2°,8	6	pom.	7	» »
3°	3	»	2	» »
4°	6 e 40	»	—	» » definitiva.
3°,1	1	»	6	» » —
2°,2	2	»	16 e 30	» » —
3°,1	4	»	1	» » —
2°	5	»	—	» » definitiva.
2°	4	»	12	» » —
2°	5 e 30	ant.	—	Non si ottenne l'apiressia.
2°	3 e 30	pom.	—	» »
2°,6	8	»	—	» »
1°,8	3 e 45	»	—	» »

(Continua).

RASSEGNA

Harris. — Estirpazione, per errore, di un utero gravido, a Sidney, Australia. — Traduzione dall'inglese.

Nel *British Medical Journal* (27 agosto 1881), questo caso è riportato dal « *Evening News* » (3, 4 e 5 giugno 1881) di Sidney, col titolo « *Una operazione di Porro non premeditata* » e può essere compendiato in poche parole: la paziente era una donna maritata di 32 anni, che visitata per la prima volta nel dicembre 1880, venne creduta gravida dal medico consultato ed affetta nello stesso tempo da cisti ovarica. Nel marzo 1881 un altro medico, esaminatala, si pronunciò per la gravidanza credendola però di un carattere abnorme. Essa fu finalmente inviata al « Benevolent Asylum di Sidney » dove venne affidata alla cura del Dott. Warren, il quale la esaminò mediante la sonda, che a lui sembrò entrare per tre pollici e mezzo in un utero vuoto. La diagnosi da lui stabilita fu di gravidanza tubo-ovarica di circa otto mesi e decise di vuotare la cisti colla laparotomia. Alla presenza dei medici invitati, la paziente venne anestizzata, ed aperti l'addome ed il sacco nella nebbia fenica, vennero rimossi feto e placenta. Continuando ad operare in modo inesplicabile sotto l'impressione che il sacco fetale fosse abnorme, il Dott. Warren lo legò con seta, assicurò due arterie, e tagliò via tutta la massa situata al disopra della legatura, affondando poi il peduncolo. Le parti rimosse si dimostrarono essere l'utero e le sue appendici, la legatura essendo stata stretta attorno alla parte superiore della vagina. Il Dott. Warren pare essere sempre stato nella credenza che l'utero fosse in qualche modo abnorme sino a che venne convinto dell'errore

dalla esumazione del cadavere e dal suo esame dinnanzi il *coroner* (1), essendo la donna morta di peritonite nel secondo giorno.

L'operazione la si disse eseguita con molta abilità e venne introdotto un tubo per il drenaggio addominale. Il Dott. Warren affermò « che se si fosse subito accorto dell'errore dopo la rimozione del feto e della placenta attraverso la incisione dell'utero, egli avrebbe, in fatto, decisamente operato sulla base dei principii di Porro ».

Il redattore del *British Medical Journal*, commentando il caso, dice: « noi confidiamo che in avvenire nei casi sospetti di gravidanza » extrauterina, i chirurghi non cadranno, in causa di un'idea preconcetta, in simile errore, e non aspetteranno a conoscere il loro errore dopo l'apertura dell'utero, onde non essere così costretti ad » eseguire, come in tale circostanza giustamente fece il Dott. Warren, » una operazione di Porro non premeditata ».

Nell'esaminare questo caso noi siamo costretti a dissentire recisamente dal Dott. Warren a riguardo di diversi punti, e così pure dal redattore del *British*, ecc., riguardo alle sue osservazioni sulla necessità di rimuovere l'utero nei casi in cui l'operazione cesarea fosse stata eseguita per errore.

Dopo il suo primo errore di diagnosi, il secondo errore del Dottor Warren fu di decidersi a praticare una laparotomia *primaria*, un'operazione questa il cui pericolo nei casi di gravidanza extrauterina conduce a considerarla come non giustificata, eccettochè quando la minaccia immediata della vita della paziente per il fatto di sintomi gravissimi, sembra dimandare il tentativo di correre un rischio straordinario. Tale fu il caso nelle condizioni in cui operò il Dott. Jessup di Leeds. Fortunatamente per l'operatore e per la paziente non fuvvi una cisti vascolare da essere incisa ed estratta, e la placenta non costituì un elemento di pericolo, come è ordinariamente quando l'operazione è praticata durante la vita del feto.

Il terzo errore del Dott. Warren fu la rimozione della placenta dalla *creduta* parete cistica. La sua pratica, ove si badi alla vera natura del sacco, sarebbe stata perfettamente corretta: ma bisogna risovvenirsi che nell'operare egli pensava sempre ad una cisti extrauterina.

---

(1) Un ufficiale giudiziario le cui funzioni però sono nello stesso tempo giudiziarie ed esecutive. Il suo principale còmpito è di tenere e presiedere una corte d'inchiesta per accertare la causa della morte di coloro che muoiono improvvisamente, ed è armato di grandi poteri per l'adempimento dei suoi doveri giudiziarii.

Fa meraviglia il vedere come uno possa diventar cieco dinnanzi alla verità sotto l'impressione di una idea preconcetta: dato lo spessore della supposta parete cistica, il suo carattere muscolare, la sua forza contrattile e la pronta separazione della placenta, si sarebbe stati tosto convinti che il feto si era sviluppato nella cavità uterina. Ma no signori, la sua diagnosi era basata sopra un'accurata investigazione, dunque *deve essere corretta.*

Il suo quarto errore fu nella rimozione dell'utero. Egli è bensì vero che ciò fu fatto nella credenza che egli fosse per legare il peduncolo di una cisti extrauterina; ma noi abbiamo la sua affermazione che si fosse egli accorto, prima di applicare la legatura, d'aver fatto un vero taglio cesareo, avrebbe egualmente completato l'operazione col metodo di Porro. Ed è a tale riguardo egli è sostenuto dal redattore, le cui parole noi abbiamo citato.

Noi dobbiamo ora considerare questa notevole operazione nelle sue pretensioni al titolo di « operazione di Porro », e come un complemento proprio od improprio di una sezione cesarea eseguita inconsciamente sopra una donna avente una pelvi nè deformata nè ostruita. L' operazione, quale fu eseguita dal Dott. Warren, non fu una vera operazione cesarea di Porro nel senso in cui venne proposta ed eseguita dal professore di Pavia, in essa l'utero non fu amputato in corrispondenza della sua cervice ed il peduncolo fissato nella ferita addominale onde essere medicato esternamente. Egli è vero che nelle operazioni eseguite da Blundell sui conigli, la vagina fu legata come nel caso di Warren, ma il peduncolo fu assicurato nella ferita addominale ed a ciò egli attribuì il suo successo favorevole. È noto come parecchi operatori abbiano affondato il moncone dopo averlo legato, come un miglioramento proposto al metodo di Porro, ma, sino ad ora tutte le donne così trattate morirono (1), mostrando come la medicatura del moncone esternamente offra i risultati più promettenti. È a rimpiangersi che il metodo non sia riuscito nelle mani di Wasseige (Liegi), di Veit (Bonn), di Taylor (Nuova York), poichè esso costituisce certamente un'operazione più netta, più precisa, che non quella col serranodo, e quando fosse fortunato, eviterebbe la tensione del peduncolo. Questo modo di trattare il peduncolo non è ancora dimostrato il migliore neppure per l'utero non gravido.

Una eccezione, in un caso che appena si può porre nella lista delle

---

(1) La seconda operata di Veit é guarita. T.

vere operazioni di Porro, sembrerebbe indicare la possibilità del successo favorevole col metodo di Schroeder quale fu esperimentato da Wasseige, nelle operazioni che verranno. Il caso a cui si accenna è quello del Dott. Salin di Stockholma, i punti principali del quale possono essere così compendiati: donna d'anni 22, gravida a 14 mesi: l'utero esaminato colla sonda, misurava due pollici e mezzo, l'organo sembrava normale, era piccolo, virgineo, mobile e spinto in alto ed a sinistra. Si credette in una gravidanza extrauterina e fu praticata la laparotomia. Estratto il feto, la cisti che era libera e peduncolata, fu legata ed escisa. La si riconobbe per un corno di un utero bifido (uterus bicornis). Il peduncolo fu legato con catgut vicino alla sua unione colla vera cervice uterina, e dopo un accurato esame lo si trovò completamante impervio. La decidua fu rimossa, i margini dell'utero inciso portati a contatto ed uniti mediante sutura con numerosi punti di catgut, ed il peduncolo, così assicurato, affondato nella pelvi coll'altro corno uterino. Non vi era nè decidua nè modificazione nell'altra metà dell'organo duplice. La donna guarì in un mese. Qui il carattere abnorme del peduncolo ed il fatto che dopo esciso divenne semplicemente un'appendice dell'altra porzione dell'utero, contribuiva a metterlo come nell'ovariotomia, nelle condizioni favorevoli per la guarigione. Siccome poi la paziente di Taylor, secondo ogni probabilità, avrebbe sfuggito la morte se non fosse stata la sua disubbidienza, noi non possiamo condannare intieramente il piano di affondare il peduncolo; ma dobbiamo limitarci a dire che i migliori risultati furono dovuti al metodo col trattamento esterno, quale fu divisato da Porro.

In riguardo alla rimozione dell'utero « *come una necessità* » dopo averlo inciso inconsciamente nello stato gravido, noi esprimeremo soltanto la nostra intiera disapprovazione. In qual modo potrà un operatore il quale ha già, senza necessità, messo a rischio la vita della sua paziente, aggiungere al suo pericolo mediante una estirpazione non giustificata del suo utero, quando egli non possa avere per sè la scusa che la deformità e l'ostruzione della pelvi richieggano che la donna venga posta in tale condizione da rendere impossibile un parto futuro? Quale scusa vi può essere per una operazione di Porro in un caso in cui la donna possa in un'altra occasione partorire un figlio naturalmente, come per esempio in un caso di profondo impegno, di *incuneamento* (impaction) del feto in una pelvi normale in causa di una lunga e potente pressione uterina (allude alle presentazioni del tronco. T.), come furonvene parecchi negli Stati Uniti, in

cui si ottenne la guarigione dopo il taglio cesarao? (1) Come una prova che il piano di Porro non è richiesto, noi abbiamo soltanto a ricordare i due casi in cui Spencer Wells e Byford perforarono, ciascuno per errore, un utero gravido, praticando l'ovariotomia ed allora per necessità fecero il taglio cesareo. In entrambi i casi si fece la sutura uterina e le pazienti guarirono. Wells si servì di una sutura non interrotta mediante seta ed applicata in modo da potersi rimuovere, Byford invece collo stesso materiale fece una sutura a punti staccati in numero di sette. Siccome queste donne furono salvate, dove era la necessità di rimuovere l'utero portata in campo dal Dott. Warren e dal redattore? In un clima come quello di Australia, la sezione cesarea non dovrebbe essere più fatale sotto favorevoli circostanze di quello che lo sia nella Louisiana e nelle Indie Occidentali, dove lo è stato molto meno che non l'operazione di Porro in Europa.

In questi giorni di audace ed avventurosa chirurgia addominale, noi troviamo operatori troppo inclinati ad esperire *de novo* i varii metodi per loro stessi non ponderando abbastanza la storia dei casi antecedenti. La laparotomia primaria nei casi di gravidanza extrauterina seduce ed invita tali uomini, ed in teoria essa è a preferirsi a quella secondaria, nella quale vi può essere solo una vita da salvare. Noi udiamo frequentemente uomini i quali parteggiano per la rimozione del feto vivente onde salvare la sua vita, mentre se essi avessero gettato uno sguardo nei casi in cui ciò è stato fatto, essi troverebbero come essi abbiano dato un contingente di morti molto superiore a quello dato dalle operazioni secondarie. I principali elementi di pericolo in un caso primario sono la vascolarità della placenta, il suo carattere e le sue connessioni abnormi ed il modo del suo distacco che dà il rischio di una emorragia, anche lungo tempo dopo la data dell'operazione. Quantunque vi sia molto rischio nell'attendere sino a che arrivi il tempo opportuno per praticare l'operazione secondaria, pure ve ne è meno che rimuovendo il feto prima della sua morte, poichè pochissime operate in questo periodo guarirono. — (*Dall'American Journal of Obstetrics*).

LUIGI MANGIAGALLI.

---

(1) In fondo noi siamo dello stesso avviso dell'autore, ma a ciò ci induce non la prima parte dell'argomentazione che non accettiamo completamente, ma la seconda; quanto alla estensione del taglio cesareo ai casi accennati dall'autore, noi siamo recisamente di contraria opinione.

Reimann in Kiew. — Un caso di laparotomia in seguito a diagnosi errata *(Centralblatt für Gynäkol.* n.° 15 (15 aprile) 1882).

Nell' ospedale ebraico di K. si trovava una ebrea di anni 30 con un tumore dell'addome, che il medico curante avea diagnosticato per tumore ovarico.

Al primo esame credette di trovare segni di gravidanza, che mancarono in un esame fatto più tardi. Allora fu invitato un altro medico (chirurgo) per estirpare il tumore ovarico mediante l'atto operativo. L' operatore si decise alla laparotomia in seguito ad un unico esame, oltre al quale due circostanze appoggiavano la sua risoluzione: la ripetuta assicurazione dell' ammalata, che essa già da più di un anno non avea avuto sessuale rapporto con uomo, e poi la assicurazione (falsa) del suo assistente, che il medico curante avesse portata una sonda nell' utero e che questo non fosse stato trovato ingrandito.

L'operatore fece una piccola incisione, portò due dita nel cavo del peritoneo e là non trovando nessuna aderenza, punse il supposto tumore.

Con sua grande meraviglia uscì fuori un liquido affatto simile al liquido amniotico, e il dito introdotto per l' apertura della puntura scoprì parti fetali. Non era più da dubitare su ciò, che l' utero era stato punto. In questa circostanza l'operatore si decise ad aprire ampiamente l' utero, a portar fuori feto e placenta, ed a chiudere la ferita.

Il bambino, approssimativamente ottimestre, visse un quarto d'ora, la madre morì al terzo giorno.

L' autopsia mostrò peritonite; nel resto non fu trovato nel corpo alcun patologico mutamento, che potesse domandare una operazione.

Il caso ha dato motivo ad un procedimento giudiziale contro il medico partecipante, non è ancora compito.

Dott. P. Negri.

Francesco Pinolini. — Casuistica di Ginecologia, (Torino, *Osservatore Gazzetta delle Cliniche*, 1882).

Previa una breve introduzione espone l'A. alcuni casi di malattie uterine occorsi nell'ospedale di Casale Monferrato, e dei quali ha potuto seguire il corso ed il trattamento curativo.

Nella estirpazione dei polipi fibrosi ammette come mezzo sovrano l'ansa galvano-caustica, ed a conforto di questa sua ammissione cita le parole di Hildebrand su tale argomento, che toglie dalla raccolta delle conferenze cliniche del Volkmann.

Riferisce tre casi in cui le iniezioni detersive ed astringenti da sole bastavano a far cessare la metrorragia. Nel primo caso si trattava di endometrite subinvolutiva; nel secondo di metrite post-puerperale e nel terzo di endometrite catarrale. Quando le iniezioni sopra dette non erano sufficienti ha visto usare con successo il cauterio galvanico endo-uterino. In un caso di cancro dell'utero ha visto usare ripetutamente la cauterizzazione galvanica con giovamento, quantunque l'ammalata dovesse alla fine soccombere.

Assistette alla esportazione del collo uterino affetto da epitelioma, coll' ansa galvanica, e dopo due settimane dall' atto operativo la operata usciva dall'ospedale in ottimo stato; sarebbe bene tener d'occhio la operata, giacchè la riproduzione in questi casi è la regola generale.

Altri casi importanti sotto diversi punti di vista narra l'A., l'ultimo dei quali riguarda la rottura per causa traumatica, di un fibro-sarcoma cistico aderente con largo peduncolo al corpo dell'utero.

L'A. dice che la prognosi non potea essere che infausta ed in vero malgrado ogni trattamento curativo solito a praticarsi in simili casi, l' inferma soccombeva in meno di 48 ore. Noi ci domandiamo se non sarebbe stato questo il caso (essendo la donna entrata nell' ospedale, come dice l'autore, poco tempo dopo la disgrazia), di fare la laparotomia, diventata coi mezzi che ora possediamo operazione non più così terribile come un tempo, e con un rimedio estremo cercare di togliere un male estremo? NICOLA.

Dell' uso del forcipe sulle natiche del feto nel parto podalico artificiale. — Memoria del Dottor **Cesare Belluzzi**, medico-chirurgo primario della Maternità di Bologna, 1882.

L'A. incomincia la sua memoria col provare la insufficienza della uncinazione dell'inguine nel parto podalico narrando un caso clinico in cui, riuscita vana la uncinazione digitale degli inguini, provato inutilmente di far passare una adatta funicella attorno all' inguine colla siringa che il Kidd adopera per portare attorno al collo il filo decollatore, riusciva con pazienza a passare colla mano nell'utero dal lato delle estremità addominali del feto, e ad afferrare un arto inferiore estrarlo, e farne seguire la estrazione podalica di un feto voluminoso del peso di grammi 4680 che era morto durante il lungo travaglio. A scopo di far vedere i danni che l'uncino ottuso può produrre, riporta il caso clinico narrato dal Dott. Bergesio, che ha qualche analogia col sovracitato, ma in cui avendo tentato l' uncino ottuso si portarono lesioni, dopo di che si pervenne colla mano ad estrarre un piede del feto; riporta le idee del Bergesio su tale argomento, cita il rendiconto del quinquennio 1875-79 della Maternità di Milano redatto dal Dott. Mangiagalli, che dopo aver osservato non solo l' uncino ottuso, ma il dito stesso foggiato ad uncino potere talora fratturare il femore, conchiude che tali inconvenienti indicano a suo parere *una insufficienza dell'arte la quale non possiede strumenti migliori.* Per far conoscere come possono essere svariate le lesioni prodotte dall' uncinazione dell' inguine, narra quindi la storia di una bambina in cui si verificò necrosi e suppurazione dei tessuti circostanti all' inguine uncinati in un parto podalico. Viene quindi a dire di alcuni autori che sono favorevoli all' applicazione del forcipe sulle natiche; espone quali sono i tentativi fatti nella invenzione di istrumenti adatti, riporta la figura del forcipe uncinato ottuso del Gergens che toglie dall'atlante del Kilian, ne fa la critica, descrive le modificazioni a questo istrumento fatte dal Frari, combatte gli autori che come il Joulin credono che il forcipe sia inutile anzi dannoso adoperato nella presentazione podalica, concludendo che il forcipe ordinario sulle natiche è stato usato da molto tempo e quantunque non foggiato per esse, pure ha dato buoni risultati, e nota come ad onta di ciò sia quasi ovunque abbandonato ove si eccettui la Francia.

Narra che nel 1874 lo applicò per terminare il parto in donna in cui facevano ostacolo e il difetto della coniugata e il grande volume del feto, e quantunque lasciasse la presa pure fece progredire la parte presentata di modo, che applicato poi un forcipe retto potè facilmente eseguire la estrazione.

Provò anche sperimentalmente su cadaverini fetali in bacini viziati di ghisa, e da' suoi esperimenti risulta che un forcipe per essere applicato utilmente e senza pericolo sulle natiche del feto deve avere il seno meno ampio di quello del forcipe ordinario, le cucchiaja con una curva pelvica meno pronunciata e più aperte all'estremità senza però che siano parallele.

Esperimentò pure col cefalotribo e non avvertì mai all'autopsia lesioni delle ossa nè lesioni dei visceri addominali, ma, cosa più singolare gli riesciva con quest' ultimo strumento di esercitare una buona presa. Venne quindi nell'idea di far fabbricare il suo doppio strumento forcipe da una parte e cefalotribo dall' altra, e si lusinga con tale strumento di aver servito alla comodità dell' ostetrico, e di eseguire nelle trazioni la direzione dell'asse del distretto superiore conseguendo lo scopo che si è prefisso il Tarnier col suo nuovo forcipe. Confida che gli ostetrici vorranno tentare nel parto podalico artificiale il suo strumento dal lato che è foggiato a cefalotribo; raccomandando nei casi in cui non si può adoperare questo strumento perchè il diametro bisiliaco fetale si trova in rapporto coll' antero posteriore del bacino materno, piuttosto che di ricorrere all'uncino, di adoperare una fettuccia fatta passare attorno all'inguine, pratica questa già usata dagli antichi e che l'Hecker ha tentato di richiamare in vita. Narra a conforto di questa sua opinione un caso in cui riuscitagli vana la uncinazione digitale dell' inguine, passò su questo un cordone di soffici fili di cotone e riusciva con quello a terminare il parto.

Propone la corda elastica e dice dei mezzi di farla girare attorno all' inguine. Conchiude consigliando, chiamati per tempo nella presentazione podalica di adottare la proposta dello Spiegelberg di abbassare un piede come cura profilattica nella procidenza del funicolo, nel bacino universalmente ristretto e nella rigidità delle parti molli; od ancora meglio di adottare la proposta del Mangiagalli, tirare giù un piede in qualunque caso di parto podalico; se poi si è chiamati quando questo non è più possibile, usare il suo strumento od il forcipe ove la posizione il consenta, del resto una corda elastica, non mai l' uncino ottuso.

NICOLA.

Pajot. — Des accouchements difficiles par la direction vixieuse des forces (*Annales de Gynecologie*, Janvier 1882).

Nota l'A. che se gli antichi consideravano le presentazioni inclinate come ostacoli di interesse abbastanza grande, oggi si sono forse troppo lasciate cadere in dimenticanza, e quantunque siano abbastanza rare e bastino il più delle volte le forze espulsive al loro raddrizzamento, v'hanno tuttavia casi in cui le medesime possono consumare l'azione uterina e costituire un ostacolo insormontabile all'espulsione spontanea della parte presentata.

Egli dice: « È evidente che le presentazioni inclinate non rappre-
» sentano altro che una deviazione dell'azione uterina sollecitata, è
» vero da condizioni fisiche; non è il feto che si pone in questa si-
» tuazione, non v'ha oggi medico che possa sostenere l'opinione
» contraria.

» Se la parte fetale ha abbandonata l'attitudine naturale si è che
» sotto l'influenza d'una disposizione dell'utero, del bacino, d'un tu-
» more, d'un secondo feto, dei visceri addominali sani o malati, op-
» pure sotto l'azione del principio del travaglio od ancora colta dalle
» contrazioni indolore della fine della gestazione, il feto è obbligato,
» meccanicamente d'abbandonare una parte dello aggomitolamento al
» quale è condannato dal senso della sua flessione e dalla forma e
» capacità del suo contenuto. Una volta deflesso in qualche punto,
» le potenze, agendo nelle direzioni favorevoli, o rettificheranno la
» deviazione fetale, ciò che avverà il più sovente; o forse aumente-
» ranno l'aberrazione e potranno anche consumarsi contro l'ostacolo.
» Ma se per conseguenza dell'impossibilità in cui si troverà l'utero
» (come nel caso di tumori, di un secondo feto o di altre simili cause)
» di contrarsi seguendo l'asse necessario per ristabilire l'impegno,
» sufficientemente franco della parte fetale, l'inclinazione aumenterà
» di più in più, fino a cangiare la direzione o ad usare la contrazione
» uterina contro un impegno completo impossibile.

» Non è così che bisogna comprendere certe presentazioni della
» faccia ed anche qualche presentazione del tronco che succedono
» alle estremità cefalica e podalica.

» Egli è verissimo che in principio di travaglio, ancora abbastanza
» frequentemente la direzione dell'azione uterina si fa sentire da de-

» stra a sinistra piuttosto che direttamente nell' asse dello stretto
» superiore in ragione dell' inclinazione destra del corpo uterino che
» è la regola; ma qui, questa direzione momentaneamente viziosa,
» non può aver altro effetto che la dispersione d' una piccola parte
» della potenza. Essendo generalmente impegnato nello stretto supe-
» riore, al principio del travaglio, il feto serve bentosto di tutore
» all' utero, e per poco che l' impegno aumenti, la direzione degli
» sforzi uterini ed addominali è presto raddrizzata e resa conforme
» agli assi del canale osseo.

» Un fatto assai comune, a mio parere assai degno d'attenzione, e
» che non si osserva guari, perchè in tal caso la natura basta per
» sè sola quasi sempre, si è la frequenza della direzione viziosa delle
» contrazioni uterine per rapporto all'utero stesso, cioè a dire al suo
» orifizio.

» Quante volte non si vede la contrazione portarsi sopra il segmento
» anteriore e durante lungo tempo, invece di comprimere la parte
» fetale da principio contro l' orifizio uterino! La consistenza delle
» pareti addominali nelle primipare non è essa la causa? »

Ma tornando all'argomento della direzione viziosa delle contrazioni uterine per rapporto al bacino narra un caso clinico in cui domandato dai dottori Montayard padre e figlio, trovò trattarsi di gravidanza bigemina col primo feto in presentazione podalica inclinata, varietà iliaca destra, posizione sacro iliaca destra anteriore.

Il travaglio durava da ventiquattro ore. Forsechè la testa del secondo feto pensava Pajot, cercando d' impegnarsi allo stretto superiore colle natiche del primo impediva la discesa di questo? giacchè secondo gli autori classici le inclinazioni di presentazione costituiscono soltanto delle difficoltà al parto, non la impossibilità. Onde chiarire il diagnostico fa cloroformizzare la gestante. entra colla mano destra a sinistra del bacino dove trova più spazio, uncina un' inguine e fa delle tirate ma senza successo. Sopravviene una contrazione uterina e s'accorge che il podice è spinto non già secondo l' asse della escavazione ma obliquamente contro la parete laterale destra del piccolo bacino, dimodochè lo sforzo tende ad impegnare la natica e l' anca destra e fa risalire l' anca sinistra. Avendo capito di che si trattava fa passare un uncino ottuso al posto del dito uncinatore, fa moderate tirate, introduce l'indice della mano sinistra nell'ano del feto e tenta di spingere con prudenza e dolcezza verso la parete sinistra del bacino onde raddrizzare la presentazione ed in due o tre minuti fa la estrazione.

Illustra il caso con una bella figura esplicativa con cui dimostra che ove la testa del secondo feto non avesse impedito all' anca sinistra di ascendere, persistendo la direzione viziosa delle forze uterine, la presentazione podalica si sarebbe cangiata in una presentazione del tronco. Fa in seguito delle utili considerazioni sul caso; insegna quale deve essere la condotta dell' ostetrico nei casi in cui si tratti di direzione viziosa delle forze uterine, e conchiude dicendo che la direzione più o meno viziosa delle forze uterine non porta ordinariamente altro risultato che un prolungamento del travaglio, ma per eccezione può deviarsi la presentazione talmente, che se una condizione qualunque impedisce il raddrizzamento, la direzione viziosa delle forze può divenire la causa prima d'un arresto nell' impegno e necessitare un intervento talora difficile. NICOLA.

Vincenzo Lesi. — Gastro-isterotomia operata in Imola. (*Raccoglitore Medico*, maggio 1881).

Donna di 40 anni, da 7 anni circa affetta da emorragie uterine ricorrenti all' epoca menstruale, e sostenute da un fibroma dell' utero che invadeva la maggior parte del corpo lasciando libera la porzione vaginale del collo; negli ultimi mesi le perdite s' erano fatte tanto lunghe da non lasciar che pochi giorni d' intervallo; l'A. propose la esportazione del viscere.

L' incisione delle pareti addominali dal pube fu estesa fin oltre il bellico lasciando questo a destra; fu facile all'operatore sollevare il tumore e trarlo fuori della cavità. — Era una pera a larga base, grossa quasi come una testa di adulto, bernoccoluta, livida, con chiazze biancastre nei punti che corrispondevano a quei bitorzoli del fibro ma che erano in esso più sporgenti degli altri; il peduncolo fu legato in modo che un laccio centrale comprendesse l' utero ed i due laterali gli annessi di destra e di sinistra; al disopra della legatura fu amputata la massa e non s' ebbe notabile perdita di sangue; durante tali maneggi una bella porzione di intestino era uscita attraverso la ferita addominale e quantunque tenuta coperta con calde ovatte s'era fatta livida.

I capi dei lacci furono tenuti nella ferita addominale; si attuò il drenaggio.

Per 12 ore le cose andarono assai bene, ma più tardi comparvero timpanite, vomiti e senso di ambascia epigastrica. Si svuotò lo stomaco ripetutamente colla pompa, si fecero iniezioni ipodermiche di morfina, ma inutilmente; 40 ore dopo l'atto operativo la operata era morta.

La necroscopia mostrò che non c'era peritonite, e che il peduncolo era ben tenuto dai lacci; la legatura era caduta all'istmo del viscere.

L'A. crede che la timpanite abbia uccisa la sua operata e conclude col dire che se avesse potuto vuotare l'intestino come avea potuto fare per lo stomaco, forse si sarebbe evitato l'esito fatale.

NEGRI.

Prof. Dott. DOMENICO CHIARA Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Tavola I^a

Fig^a 1^a Grandezza natur^e

Fig^a 2^a Hart. Oc. 3. Ob. 8.

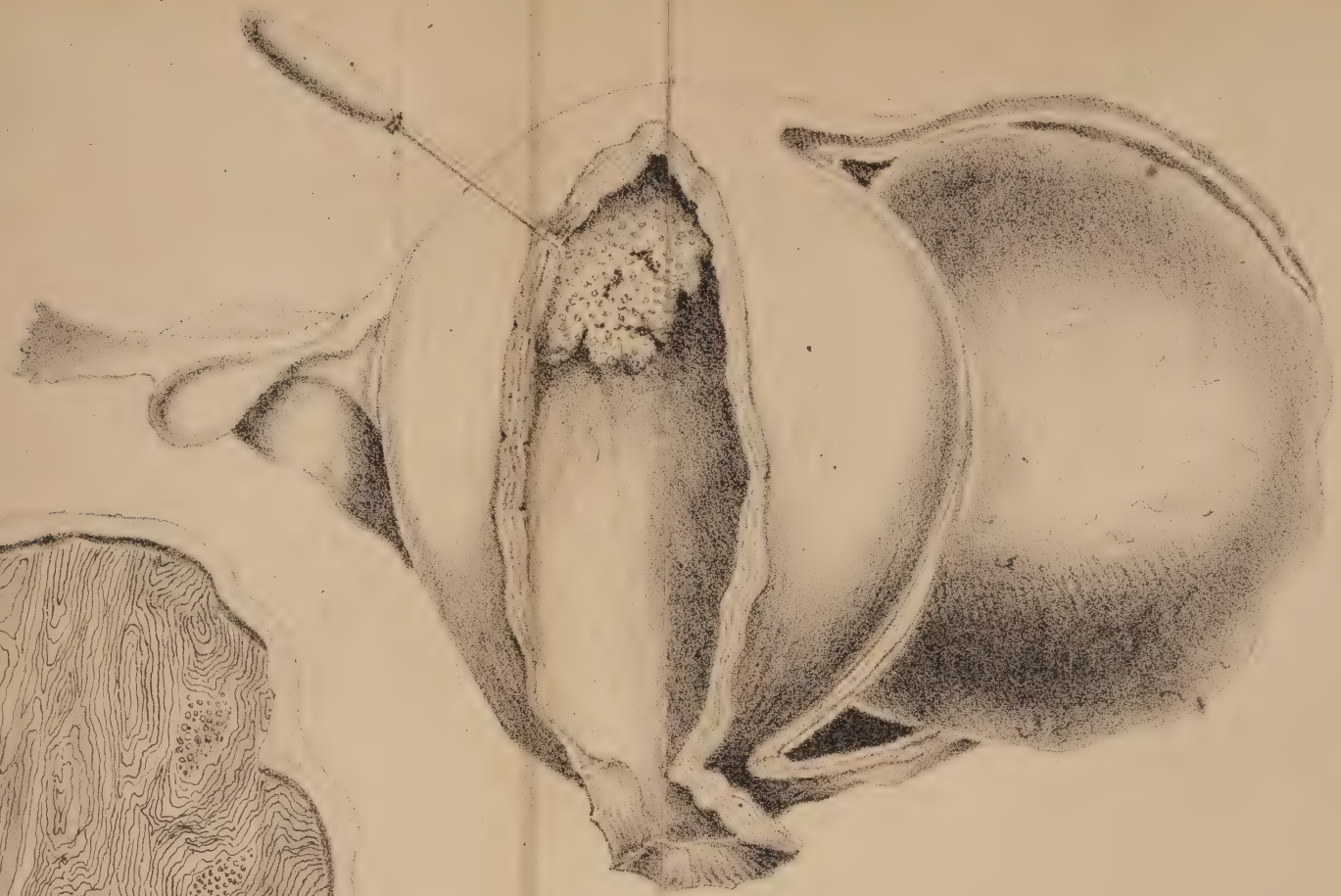
Spiegazione della Fig^a 2^a

a-epitelio cilindrico
b-introflessione dell'epit. cilindrico (ghiandola?)
c-sezione di una ghiandola?
d-vasi sanguigni
e-stravaso
f-connettivo infiltrato da cellule embrionarie

LIT. D. BELLAZZI MILANO.

Tavola IIª

Figura 1ª



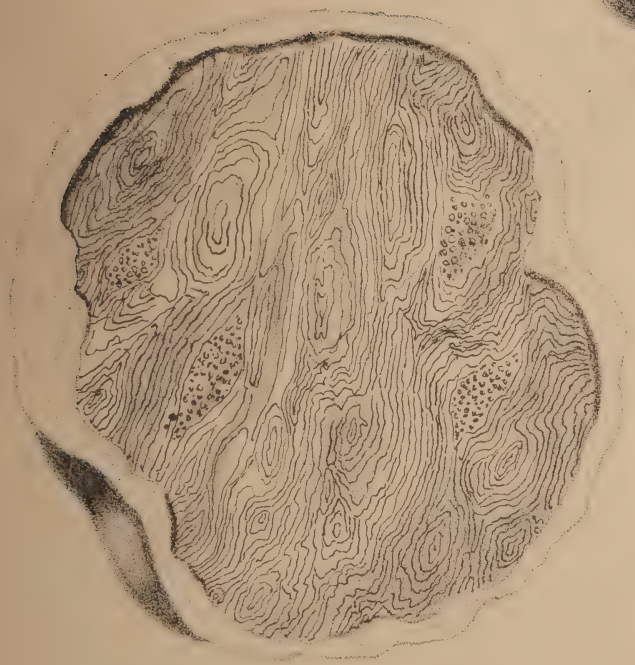


Figura 2ª

LIT. D. BELLAZZI MILANO.

Volume IV. Maggio-Giugno 1882 N. 5-6.

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

L'OSPIZIO PROVINCIALE DEGLI ESPOSTI E DELLE PARTORIENTI

IN MILANO NEL 1881

Relazione del Direttore Cav. Dott. ROMOLO GRIFFINI
alla Onorevole Deputazione Provinciale (1).

Accettazione degli infanti. — Nell'anno 1881 si accolsero nel Brefotrofio N. 1408 infanti di primo ingresso, contro 1389 entrati nel 1880 (Prospetto I).

Ne risultò pel 1881 un aumento di N. 19 infanti.

Quanto al sesso, i nuovi entrati si distinguono in 728 maschi

(1) Questa pubblicazione, in un giornale dedicato unicamente a scopo scientifico-pratico, parrà forse un fuor d'opera a taluno fra i nostri benevoli lettori. Considerato però che le notizie amministrative e statistiche si alternano colle sanitarie; che ai cultori della ostetricia e della pediatria non può essere indifferente il conoscere come funzioni un grande Ospizio destinato alla infanzia abbandonata ed alle partorienti; che il relatore ha toccato qua e là alcune fra le questioni più interessanti riguardo l'igiene, la conservazione dei bambini, la mortalità degli esposti, le riforme desiderabili; che il lavoro del Dott. Griffini è completato dal rendiconto del Prof. Chiara sull'Istituto Ostetrico di Milano nel 1881; la direzione di questi *Annali* si compiace di farle posto fra le sue pagine, e ringrazia il signor Dottor Romolo Griffini, veterano fra i nostri medici-scrittori, della sua collaborazione.

e 680 femmine. Prevale, come generalmente suole, il sesso forte, e quest'anno in ambo le categorie dei legittimi e degli illegittimi, poichè sopra 354 legittimi si hanno 185 maschi e 169 femmine, e sopra 1054 illegittimi, 543 maschi e 511 femmine.

Non erano però tutti neonati, 1380 appartenendo al primo anno di età, ossia al periodo dell'allattamento, e 28 alla classe dei figli da pane, dal primo al settimo anno compiuto.

Distinta degli infanti di primo ingresso secondo la loro presentazione. — Dalla Maternità annessa all' Ospizio passarono agli Esposti N. 225 bambini, dei quali 48 legittimi (25 maschi, 23 femmine) e 177 illegittimi (93 maschi, 84 femmine).

Vennero presentati come figli d'ignoti od illegittimi (non compresi i nati nel comparto ostetrico) N. 877 bambini, dei quali 722 da Milano (366 maschi, 356 femmine), 155 dagli altri Comuni della Provincia (84 maschi, 71 femmine).

I legittimi accolti direttamente per il solo periodo dell' allattamento e contro obbligazione di baliatico, sommano a 114, dei quali 11 da Milano, 103 dagli altri Comuni.

Dagli Ospitali ed Ospizii della Provincia, compreso il Manicomio, pervennero 151 bambini legittimi di madre gravemente inferma, o decessa, o impotente ad allattare, 150 dei quali spettanti alla Provincia di Milano, uno solo ad altra Provincia.

N. 51 bambini, 41 legittimi, 10 illegittimi o figli d' ignoti, furono accolti per invito della R. Questura, o della Civica Sorveglianza o dei Sindaci, siccome adulterini, od orfani, o figli di carcerati, di prostitute al sifilicomio, derelitti da parenti irreperibili, privi di assistenza pel ricovero d' ambo i genitori all' Ospedale Maggiore, della madre alla Maternità, ecc., ecc., insomma per alcuna di quelle cause molteplici che provocano l' urgente bisogno del soccorso. E appunto ai poveri abbandonati appartengono i 28 figli da pane di nuovo ingresso.

Fu cómpito della Direzione il regolarizzare la posizione d'ogni ricoverato; notificare i casi di pubblica esposizione alla Autorità giudiziaria ; procurare le iscrizioni all'Ufficio di Stato Civile; ottenere i certificati di nascita dalle sedi competenti; operare, nell'interesse della Provincia, onde assicurarle i rimborsi pel baliatico e pei derelitti, che il Regolamento non ammette a suo carico; agire nel miglior modo per rintracciare i genitori snaturati o infelici e raggiungere la restituzione della prole.

La media giornaliera delle presentazioni fu di 3.85.

La massima di 11 accettazioni si verificò tre volte, il 21 luglio, il 1.° settembre ed il 22 ottobre 1881.

La minima (zero) si ripetè sette volte, nei giorni 12 gennaio, 20 febbraio, 23 marzo, 8 aprile, 6 maggio, 10 luglio e 7 settembre.

La media mensile più elevata fu quella dell' ottobre (4.22); la più bassa (3.35) quella del maggio.

Ecco la successione delle presentazioni, dalla massima alla minima, in ordine di frequenza mensile:

Ottobre	N.	131
Dicembre	»	125
Marzo e Agosto	»	124
Settembre	»	122
Giugno	»	120
Luglio	»	119
Febbraio e Novembre	»	115
Gennaio	»	106
Maggio	»	104
Aprile	»	103
Totale	N.	1408

Se prendonsi ad esaminare i soli illegittimi, per trarne delle conseguenze sull'epoca delle fecondazioni naturali, la presentazione, in ordine di frequenza mensile, si distribuisce come segue:

Marzo	N.	106
Dicembre	»	101
Settembre	»	96
Febbraio	»	95
Ottobre	»	94
Giugno e Agosto	»	88
Gennaio	»	85
Luglio	»	79
Maggio e Novembre	»	77
Aprile	»	68
Totale illegittimi	N.	1054

Pubblica esposizione d'infanti. — Farà meraviglia che, ad onta di tante provvidenze e della arrendevolezza delle Autorità nell'invocare il ricovero al Brefotrofio dei bambini pericolanti, ricorrano tuttora esempi di pubblica esposizione e di doloso abbandono. Eppure nel 1881 si ebbero parecchi casi conclamati di questa abbominevole usanza, che il Codice Penale colpisce e condanna come un reato.

Quattro bambini, di fresco nati, furono deposti in luogo pubblico, due in città, uno a Busto Arsizio, uno a Paderno Milanese.

I primi due vennero presentati d'urgenza all'Ospizio da una Guardia di Pubblica Sicurezza e da un Sorvegliante Municipale, e la iscrizione allo Stato Civile avvenne per mezzo dell'impiegato dell'Ospizio, a ciò delegato, a termini dell'Art. 378 del Codice Civile.

I secondi, giusta l'Art. 377 del Codice Civile, furono inscritti nei Comuni ov'ebbe luogo il rinvenimento, indi vennero fatti consegnare al Brefotrofio per cura delle Autorità Comunali, colla copia del processo verbale d'iscrizione nei registri di Stato Civile.

Non tutti questi reati passarono impuniti. La madre naturale che abbandonava il proprio bambino, nato da sette giorni, in una capanna di Paderno Milanese, scoperta e sottoposta a processo, fu condannata a cinque giorni di arresto dal Tribunale Civile e Correzionale di Monza.

Due bambini vennero abbandonati da ignoti presso persone che non erano minimamente tenute a provvedere al loro nutrimento e mantenimento. La R. Questura intervenne a richiederne il ricovero al Brefotrofio. Il primo, della presunta età di tre giorni, fu ricevuto agonizzante e decesse pochi momenti dopo l'accettazione. Il secondo, di mesi cinque, fu ritirato il giorno appresso dai genitori legittimi, i quali spiegarono l'accaduto mediante circostanze fortuite che fecero credere ad un premeditato abbandono.

Altri due figliuoletti, semplicemente smarriti in città, ebbero asilo temporaneo nell'Ospizio, ma essendo stati richiesti in giornata dai parenti, e ad essi consegnati, non figurarono sui nostri registri.

Nel Rendiconto pel 1880 si è fatto menzione d'una bambina deposta il giorno 8 dicembre 1880 sul limitare del Santuario di S. Erasmo presso Legnano. Ora si venne a conoscere che la detta bambina era veramente legittima, secondo il presupposto della

Direzione, fondato sulle circostanze dell'abbandono. La R. Pretura di Busto Arsizio, con sentenza 25 marzo 1881, condannava, come autori dell'abbandono, la madre a mesi tre, l'ava ad un mese di carcere, sentenza che fu confermata in appello. In appresso, per grazia sovrana, la condanna della madre fu ridotta ad un solo mese di carcere. — Per quanto mite, questa pena raggiunse, non v'ha dubbio, una efficacia preventiva, imperocchè nel 1881 non si ebbe a verificare caso alcuno di esposizione a S. Erasmo di Legnano, luogo mal famato per i suoi antecedenti.

Stato Civile degli infanti. — I 1408 infanti di primo ingresso si dividono in 354 legittimi e 1054 illegittimi.

Al confronto del 1880 si ebbe un aumento in ambo le categorie dei legittimi e degli illegittimi I primi aumentarono da 337 a 354 (più 17); i secondi da 1052 a 1054 (più 2).

Dei 1054 illegittimi affidati nel 1881 al Brefotrofio Provinciale, 1034 figurano come figli d'ignoti; 20 come figli naturali di genitori dichiaranti e miserabili, 11 al nome del padre, 5 al nome della madre, 4 al nome d'ambo i genitori.

I nati illegittimi nel Comparto Ostetrico, ad eccezione di un solo riconosciuto e ritirato dal padre naturale, figurano come figli d'ignoti.

Nella antecedente mia relazione pel 1880, mancandomi i dati ufficiali circa le nascite avvenute nella Provincia di Milano in detto anno, non ho potuto additare la proporzione fra i nati-vivi illegittimi e le presentazioni al Brefotrofio Provinciale. Ora dal movimento dello Stato Civile, pubblicato dalla benemerita Direzione della statistica generale del Regno d'Italia (Roma, Tipografia Cenniniana, 1881), risulta che sopra 42.233 nati-vivi nella Provincia di Milano nel 1880, si contano 1321 fra illegittimi (1300) ed esposti propriamente detti (21), ossia il 3.12 per 0/0 delle nascite.

Dei 1321 figli illegittimi e figli d'ignoti nati vivi nella Provincia di Milano, essendone stati consegnati al Brefotrofio 1156, l'87.50 per cento degli illegittimi, il 27.3 per cento sul totale delle nascite provinciali, appare confermato anche nel 1880 il fatto costante dell'abbandono della prole naturale nella nostra Provincia.

Dovendo rimandare ad altro tempo questo studio pel 1881, pel difetto sopra indicato di dati ufficiali, mi è forza limitarlo al Comune di Milano, traendo profitto dalla statistica pubblicata dal solerte nostro Ufficio di Stato Civile (Milano, Tip. Pirola, 1882).

Nel Comune di Milano, con una popolazione di fatto calcolata al 31 dicembre 1881 a 321,839 abitanti, sopra 10,583 nati-vivi in detto anno, si contano 1162 illegittimi, ossia il 10.98 per cento sul totale delle nascite.

Su questi 1162 illegittimi, essendone stati affidati al Brefotrofio 899 (722 della città, 177 del comparto ostetrico) ne deriva che circa tre quarti dei nati-vivi illegittimi, il 77.36 per cento, e l'8.49 sul totale delle nascite milanesi, viene ad essere a carico della assistenza pubblica.

Nel 1881 il totale delle nascite avvenute in Milano (10,583) risultando alquanto più elevato di quello del 1880 (9,875), si ha un maggior contingente di nascite illegittime (1162 contro 1134). Ma è diminuita la proporzione degli illegittimi sul totale delle nascite, che da 11.48 nel 1880, discende a 10.98 per cento nel 1881. Anche la proporzione delle presentazioni al Brefotrofio, sul totale degli illegittimi nati nel Comune di Milano, da 78.48 nel 1880, scende a 77.36 nel 1881.

Mi venne detto in altra occasione, che i Brefotrofii d'Italia accolgono almeno i quattro quinti dei nati illegittimi. Il signor Dott. Enrico Raseri, in una sua pregiata Memoria (1), ritiene questa cifra alquanto superiore al vero, e basandosi sui dati ufficiali offerti da 34 Provincie del Regno, in seguito alla inchiesta praticata nel 1877 per ordine del Ministero dell'Interno, e sopra altri attendibili elementi statistici, si crede autorizzato ad affermare che su 100 fanciulli illegittimi, solo da 38 a 40 siano ricoverati nei Brefotrofii. Ma lo stesso signor Raseri osserva come in alcune Provincie, e specialmente nel Lazio, concorrano ad aumentare il numero degli illegittimi i figli nati da matrimonii contratti solo davanti alla Chiesa, figli che son trattenuti presso le loro famiglie. Io ringrazio il signor Dott. Raseri di aver rettificato un mio concetto alquanto esagerato, e, per l'onore del nostro paese, vorrei aver torto su tutta la linea. In Provincia di Milano le cose pur troppo avvengono come ho continuato a rilevarle e ad esporle da una serie d'anni non indifferente. Il persistente abbandono della prole naturale ha però nella Provincia nostra una compensazione ed un correttivo nel contingente relativamente mite delle

---

(1) Enrico Raseri. *I fanciulli illegittimi e gli esposti in Italia.* Roma, Tipografia Eredi Botta, 1881. (Dagli *Annali di Statistica,* Serie II, Vol. XXVI).

nascite illegittime e nelle tardive ricognizioni. Infatti, mentre il signor Dott Enrico Raseri calcola la proporzione degli illegittimi ed esposti in Italia a 6.47 per cento nati-vivi, durante i quindici anni trascorsi dal 1865 al 1879 inclusivamente, tale proporzione nella Provincia di Milano, dopo la chiusura del torno, si aggira intorno al 3 per cento, sul totale dei nati-vivi. Vi sono poi abbastanza numerose le ricognizioni e le consegne degli illegittimi affidati al Brefotrofio, specialmente dopo il primo anno di età, come appare da questo e dagli antecedenti Rendiconti. Se non fosse che la prostituzione, generalmente infeconda, pesa anch'essa sulla bilancia del bene e del male; tenuto il debito calcolo della accertata immigrazione di gestanti illegittime da altre provincie e dall'estero — sull'esempio degli scrittori che dal maggiore o minor numero delle nascite illegittime desumono la moralità delle popolazioni — oserei dire, senza tema di essere tacciato di campanilismo — che la Provincia di Milano sta fra le più morali d'Italia. Ciò che abbiamo bisogno di sviluppare maggiormente, è quel sentimento di solidarietà fra genitori e figliuoli, quella intima unione, quella attrazione irresistibile — la filogenitura insomma, come la chiamano i frenologi — che rende straziante il distacco, crudele e vituperevole l'abbandono della prole. Può egli ammettersi che il lungo secolare abuso del torno, che la larghezza della beneficenza, la facilità di approfittare della pubblica assistenza, come di un diritto privato, abbiano ammorzato nel nostro popolo questo sentimento? Avendo già additato in altra sede (1) quali i pregiudizii da superarsi, quali le istituzioni sociali da emendare, faccio plauso al signor Dott. Raseri che, accettando parte delle mie conclusioni, trovò per anco necessaria la conservazione dei Brefotrofii, coi miglioramenti e colla organizzazione voluta dall'eminente patrio interesse della conservazione degli infanti assistiti, che in Italia sommano a circa 130,000.

Il signor Dott. Pietro Seganti, Medico Astante del Brefotrofio di Roma, nella diligente sua relazione pel triennio 1877-79 (2),

---

(1) Griffini Dott. Romolo. *Dell'assistenza all'infanzia abbandonata.* Relazione al Congresso Internazionale di Beneficenza. — Milano, Tipografia del Riformatorio Patronato, 1880.

(2) *Resoconti e Cenni Statistici del Pio Istituto di S. Spirito in Sassia per il triennio* 1877-79 *e confronti cogli anni antecedenti.* — Roma, Tip. Cecchini, 1881. (Vedi Parte III: *Degli Esposti).*

presenta alcuni dati interessanti, che giova ricordare per sè stessi e come elementi di confronto. Intanto nella città e nell' Ospizio di Roma, Ospizio che pel numero delle accettazioni poco si discosta dal nostro, si osserva da un novennio un costante progressivo aumento nel numero degli Esposti, non solo in rapporto al graduale accrescersi della popolazione e delle nascite, ma eziandio nella proporzione per cento nati. Fatta eccezione solamente per l' anno 1877, decresce invece in Roma la proporzione fra i nati e gli esposti illegittimi. Ma se la proporzione fra i nati e gli illegittimi, nel quadriennio 1876-79, è molto maggiore in Roma (20.25) che non in Milano (12.12 per cento nati), per contrario la proporzione fra i nati illegittimi e gli esposti illegittimi in Roma (49 95), è inferiore a quella verificatasi in Milano nello stesso periodo di tempo (83 15 per cento nati illegittimi).

Nè meno importanti sono i confronti fra Genova e Milano, confronti che si possono desumere dalle Relazioni del signor Commendatore Molfino, Presidente del Consiglio di Amministrazione del Brefotrofio di Genova. La media degli abbandonati, sopra 100 nascite illegittime, nel Circondario e nel Comune di Genova, è superiore a quella di Roma, inferiore a quella di Milano. Nel 1875 sopra 641 bambini illegittimi nati nel Circondario, se ne abbandonarono 416, ossia il 64.89 per cento; nel 1876, il 64.05; nel 1877 il 61.79; nel 1878 il 58.86; nel 1879 il 68.91 per cento, 430 sopra 624 nati illegittimi (1).

Nella città di Genova risultarono abbandonati all' Ospizio negli anni 1875-76 il 68 per cento circa dei nati illegittimi registrati all' Ufficio di Stato Civile; nel 1877 questo rapporto discese a 63.31 e a 62 24 nel 1878. Invece nell' anno 1879, sopra 499 illegittimi nati in città, essendone stati consegnati all' Ospizio 374, l'abbandono si è verificato nel rapporto di 74.94 per ogni cento nati illegittimi.

Indagando quali possano essere le cause di questo aumento, il Comm. Molfino ritiene di non iscostarsi dal vero attribuendolo in parte alle tristi condizioni annonarie del 1879, in parte alla scomparsa graduale dei soli matrimonii religiosi, i quali offrivano un

---

(1) *Ospizio per l'infanzia abbandonata del Circondario di Genova.* — Relazione e Conto Morale dell'anno 1879 di G. A. Molfino. — Genova, R. Stab.-Tipo-Litografico Martini, 1881.

discreto contingente alle nascite illegittime per rispetto allo Stato Civile, senza aumentare il rapporto proporzionale degli abbandonati.

Il Dott. Cav. Antonio Agostini, Direttore dell'Ospizio Esposti di Verona, consultati i dati demografici della Provincia pel sessennio 1875-80, contò nel 1875 il 3.90 di illegittimi ogni cento nati; nel 1876, il 3.41; nel 1877 il 3.95; nel 1878 il 4.03; nel 1879 il 3.59; e finalmente 4.15 nel 1880. Dal 1875 al 1880 le introduzioni degli illegittimi nel Brefotrofio di Verona da 339 discesero gradatamente a 305, con una differenza finale di 34 individui (1). Sembra adunque al signor Dott. Agostini che in detto periodo le condizioni di moralità della Provincia siansi mantenute quasi ad equo livello, mentre la diminuzione dei casi di abbandono accenna ad un consolante risveglio del sentimento paterno. « Ad esempio, scrive il Dott. Agostini, nel 1880 i nati-vivi illegittimi nella Provincia di Verona sommarono a 464; agli Esposti ne furono portati 304; ne devono dunque essere rimasti 160 in cura dei genitori. Se a questi si aggiungano altri 35 che, fra i nati nell'anno, l' Ospizio consegnò alle rispettive madri col beneficio delle mercedi, il numero degli abbandonati si ridurrebbe, a stretto rigore, a 269, cioè a meno di tre quinti sul totale degli illegittimi. » — La città avrebbe contribuito alla esposizione per oltre metà della somma (158), e quasi per due terzi, se si computassero a suo carico altri 78 illegittimi provenienti dalla Maternità.

Dal punto di veduta delle nascite illegittime, la Provincia di Como si trova in condizioni assai migliori di Milano, di Roma, di Genova, di Verona. Il signor Cav. Dott. Alessandro Tassani, Presidente del Consiglio di Amministrazione degli Esposti in Como (2), ci fa conoscere come nel triennio 1876-78 si contarono in media 1.15 illegittimi ed abbandonati sopra 100 nati, ossia 215 nel 1876 sopra 19,525; 277 nel 1877 sopra 19,616; 258 nel 1878 sopra 19,595 nati-vivi nella Provincia. Al Brefotrofio, di 750 illegittimi ed ab-

---

(1) *Ospizio degli Esposti della Provincia di Verona ed annessavi Casa di Maternità.* — Resoconto morale ed economico dell'anno civile 1880, approvato dalla Deputazione Provinciale. — Verona, Tip. Franchini, 1881. (Vedi Capitolo *Esposti).*

(2) *L'Ospizio Provinciale degli Esposti in Como nel triennio* 1876-77-78. — Cenni del Dott. Alessandro Tassani. — Como, Tip. Ostinelli, 1879.

bandonati in Provincia nel triennio, ne furono portati 674, ossia 200 nel 1876; 238 nel 1877 ; 236 nel 1878. — Poco meno di metà degli illegittimi, 83 su 200, vennero nel 1876 inviati al Brefotrofio dalla città di Como, compresi i nati nel comparto ostetrico. Nel 1877 e nel 1878 il loro numero rappresentò i due quinti circa, 96 su 238 nel 1877; 88 su 236 nel 1878. Il numero degli illegittimi nati nella Maternità di Como e passati agli Esposti fu di 42 nel 1876, di 63 nel 1877 e di 50 nel 1878. A 13 sommarono nel triennio le pubbliche esposizioni di infanti (abbandonati).

Il signor Dott. Agostini, in un Prospetto degli illegittimi consegnati agli Ospizii durante il 1880 in 35 Provincie del Regno, confrontati colle rispettive popolazioni, assegna il 21° posto in ordine crescente alla Provincia di Milano, con 0.97 esposizioni ogni mille abitanti. Il primo posto sarebbe occupato dalla Provincia di Udine con 0.32, l'ultimo dalla Provincia di Perugia con 2.31, Como verrebbe in seconda linea con 0.35, Sondrio in terza linea con 0.42. Non potendo una Provincia pari a quella di Milano, con un capoluogo di regionale importanza, competere colle provincie e città minori, le sia di conforto il conoscere come nel numero delle esposizioni, in proporzione di popolazione, è in assai migliori condizioni di Firenze con 1.22; Torino 1 59; Roma 1.64; Palermo 1.80; Messina 1.84; Catania 2.30 e Perugia con 2.31 consegne di illegittimi agli ospizii per ogni mille abitanti.

Suffragata così la statistica dei nati e degli esposti illegittimi nella Provincia e nel Comune di Milano, cogli esempii d'altre provincie e città del Regno — constatato, per quanto è possibile, in quali acque si naviga — riprendo il filo della mia relazione.

Riassumendo per Circondari il prospetto dei Comuni che inviarono bambini all'Ospizio Provinciale di Milano, aggiuntivi i nati nel Comparto Partorienti e passati agli Esposti, e gli appartenenti ad altre Provincie, benchè nati nella Provincia di Milano, si ha il seguente risultato:

CIRCONDARIO	Popolazione al 31 dicembre 1880 (1)	PRESENTAZIONI di	
		Legittimi	Illegittimi
Milano	N. 439,846	206	744
Monza	» 190,136	43	23
Lodi	» 185,852	28	80
Gallarate	» 159,427	22	19
Abbiategrasso	» 114,910	50	10
Illegittimi nati nell'Ospizio Provinciale			177
Illegittimi appartenenti ad altre Provincie			1
Legittimi appartenenti ad altre Provincie del Regno			5
	N. 1,090,171	354	1054
		1408	

(1) Desunta dal *Movimento dello Stato Civile del Regno*, pubblicato a cura della Direzione della Statistica generale presso il Ministero di Agricoltura, Industria e Commercio per l'anno 1880. — Roma, Tip. Bodoniana, 1881.

Nel 1881 il maggior numero dei legittimi spetta al Circondario di Milano, cui tengono dietro, in ordine decrescente, i Circondari di Abbiategrasso, Monza, Lodi e Gallarate.

Sopra 354 bambini legittimi, N.° 349 appartengono a 103 Comuni della Provincia, N.° 5 a Comuni extra-provinciali.

Appartengono a Milano 121; a Lodi 23; ad Abbiategrasso 19; a Monza 8; a Chiaravalle Milanese 8; a Viboldone 7; a Cusago, Lambrate, Melegnano, Seregno, Lacchiarella 5; a Musocco, Mediglia, Cesano Maderno, Busto Arsizio 4. — Gli altri Comuni ne diedero un numero minore. — La città di Gallarate, benchè ca-

poluogo di Circondario, e sede di una popolazione industriosissima, ha provvisto a tutti i suoi legittimi, ad eccezione di un solo.

L'Ospitale Maggiore di Milano è sempre il gran tramite per la derivazione dei legittimi, dipendentemente dal ricovero dei lattanti colla madre inferma. Ad onta di tutti gli sforzi della Deputazione Provinciale, della Direzione dell'Ospizio e del Consiglio Ospitaliero, non si è potuto porre un freno all'abuso, persuadendo i Comuni ad inviare i bambini al Brefotrofio coi necessari documenti, od a provvedere all'allattamento in luogo. È dimostrato che le circolari e le comminatorie non servono a nulla. L'unico provvedimento radicale sarebbe il rinvio delle misere affamate creature. Ma occorrono per ciò mezzi coercitivi e cuori foderati di bronzo triplice, elementi che non sono a disposizione del Lodevole Ufficio di Accettazione presso l'Ospitale Maggiore, nè del personale dell'Ospizio. D'altronde una ripulsa del Brefotrofio alle richieste dell'Ospitale susciterebbe rappresaglie, che importa evitare nell'interesse reciproco dei due grandi Istituti.

Degli extra-provinciali, due furono consegnati dall'Ospitale Maggiore di Milano, di spettanza dei Comuni di Artogne (Provincia di Brescia) e Maggianico (Prov. di Como); tre dalla R. Questura, provenienti dai Comuni di Verona, Modena, S. Pier d'Arena (Prov. di Genova), abbandonati in Milano e nella Provincia nostra, presso allevatori privati.

Uno di questi bambini fu consegnato alla madre, dimessa guarita dal nosocomio, col rimborso delle spese di assistenza da parte del Comune di Verona. — Un altro fu reso alla famiglia emigrante a Trieste, coll'intervento del R. Console italiano in quella città, e la Direzione si assunse la briga di farvelo trasportare, concorrendo nelle spese la Onorevole Congregazione di Carità di Milano. — Un terzo si rese defunto, e si ebbe rifusione della retta dal Comune di Maggianico. — Rimangono scoperti altri due casi incompetenti al Brefotrofio, e pendono le pratiche, di soluzione alquanto difficile, per la restituzione o per la rifusione della retta.

Gli illegittimi, ad eccezione di un solo, nacquero tutti nella Provincia di Milano. — Il Circondario di Milano tiene sempre il primo posto; sieguono quelli di Lodi, Monza, Gallarate ed Abbiategrasso.

Dei 298 Comuni della Provincia, 58 soltanto inviarono bambini illegittimi all'Ospizio.

Fra i Comuni capoluogo di Circondario, Milano diede 722 illegittimi (oltre i 177 provenienti dal Comparto Ostetrico); Lodi 40; Abbiategrasso 19; Monza 18; Gallarate 2.

Fra i capoluoghi di Mandamento e i Comuni minori, veruno supera la presentazione di 5 illegittimi.

Dei molti oggetti di Stato Civile, che formarono argomento di speciale interesse della Direzione nel 1881, si citano i seguenti:

La denuncia al Procuratore del Re in Milano della falsa notifica — per opera di una levatrice — della nascita in Milano di un illegittimo, figlio d'ignoti, mentre si venne a conoscere che il bambino era nato precedentemente in un Comune del Cantone Ticino e quivi inscritto come figlio naturale al nome della madre. Con questa frode, oltre all'ottenere nel nostro Ospizio un ricovero incompetente, veniva spogliato il bambino del suo vero stato civile e della patria. Nel segnalare il fatto all'illustre Magistrato, la Direzione intese secondare le disposizioni concordate fra il nostro governo ed il ticinese per prevenire l'abbandono sul suolo italiano di infanti nati nel Cantone, ove le leggi impongono alle madri naturali di riconoscere la prole — abbandono che dà luogo a continui reclami da parte del governo ticinese contro la connivenza delle levatrici italiane.

Il cangiamento di cognome di un esposto del 1845 sui registri di nascita e di battesimo della Parrocchla dell'Ospizio, cangiamento ordinato per Decreto Reale.

La rettifica sui registri dello Stato Civile di Lodi del sesso di una creatura consegnata a quel Brefotrofio nel 1866 e passata alla dipendenza dell'Ospizio di Milano, ove in occasione delle operazioni di tutela si scoperse l'errore d'iscrizione. Tale rettifica, di maschio in femmina, fu ordinata per sentenza del Tribunale Civile e Correzionale di Lodi.

La rettifica sui registri dello Stato Civile di Milano degli atti di nascita della prole bigemina d'una ricoverata legittima, per errore di cognomi, errore dipendente da scambio di certificati da parte del Comune che inviò la partoriente all'Ospizio. Questa rettifica fu ordinata per sentenza del Tribunale Civile e Correzionale di Milano.

La rettifica sui registri dello Stato Civile di Milano dell'atto di nascita di una creatura inscritta siccome di sesso femminile, e come tale consegnata al Brefotrofio, mentre alla visita sanitaria dell'Ospizio emerse che il neonato, affetto da cattiva conforma-

zione degli organi genitali esterni, offriva nondimeno i caratteri del sesso maschile, costituiti da un pene rudimentale con ipospadia e da uno scroto ben conformato in cui non erano per anco discesi i testicoli. La rettifica si ottenne per sentenza del Tribunale Civile e Correzionale di Milano.

Non ispetta certo alla Direzione dell' Ospizio l' inframmettersi circa le operazioni e la tenuta dei registri di Stato Civile, che la legge sapientemente affida alla sorveglianza della autorità giudiziaria. Ma importandole sommamente di conseguire la regolarità degli atti di nascita degli infanti affidati alle sue cure, si permise talvolta osservazioni ed istanze reclamate dalla specialità del caso.

Cosi, a cagion d'esempio, a termini dell'art. 136 del Regio Decreto 15 novembre 1865 col quale è regolato l'ordinamento dello Stato Civile, un Sindaco della Provincia nostra venne ufficiato a chiedere al Procuratore del Re in Lodi l' autorizzazione ad eseguire la tardiva iscrizione di una bambina illegittima nata in detto Comune, e accolta d' urgenza nell' Ospizio, senza l' atto di nascita, dietro richiesta dell'I. R. Consolato d'Austria-Ungheria in Milano. Imperocchè l'ufficio di Stato Civile di Milano giustamente si rifiuta d'inscrivere i bambini che constano nati altrove, sebbene siano stati accolti nel Brefotrofio Provinciale, e non ritiene in questi casi applicabile l'art. 378 del Codice Civile.

Fece notare ad altro Sindaco la redazione irregolare e contraddittoria di un atto di nascita, nel quale, contemporaneamente alla indicazione della maternità, imponevasi alla bambina un cognome ideale.

Osservò parimenti ad un ufficiale dello Stato Civile l'omissione del cognome ideale nell'atto di nascita di un bambino, figlio d'ignoti, inscritto come Luigi N., contrariamente al disposto dell'art. 58 del citato ordinamento.

Se, in altra occasione, ho notato nel pubblico la trascuranza di quell'aureo libro, che è il Codice Civile, ora debbo deplorare che le leggi di Stato Civile siano ignorate da alcuni di coloro cui spetta applicarle. Eppure, con tenuissima spesa, potrebbero gli uffici comunali procurarsi i Decreti, le Circolari, le Istruzioni, i Modelli, le Module relative, raccolte in un volume che rappresenta come un ferro del mestiere. Non sono cose da trascurarsi. I processi civili e penali che a quando a quando riscuotono l'attenzione del paese, dovrebbero porre in avvertenza sulla necessità della, più che doverosa, religiosa osservanza delle istituzioni di Stato Civile.

Notifiche all'Ufficio di Stato Civile di Milano.

Sezione nascite.

Nati vivi. — Legittimi 69 (maschi 38, femmine 31). — Illegittimi 182 (maschi 97, femmine 85). — Figli d'ignoti accolti senza atto di nascita 4 (maschi 3, femmina 1). — Totale 255.

Nati morti. — Legittimi 30 (maschi 13, femmine 17). — Illegittimi 14 (maschi 8, femmine 6). — Totale 44.

Totale delle nascite 299 (maschi 159, femmine 140).

Sezione morti.

Figli da latte. — Legittimi 50 (maschi 32, femmine 18). — Illegittimi 95 (maschi 33, femmine 42). — Totale 145.

Figli da pane. — Legittimi 9 (maschi 3, femmine 6). — Illegittimi 41 (maschi 24, femmine 17). — Totale 50.

Ricoverate nel Comparto Ostetrico, 9. — Legittime 6, illegittime 3.

Totale delle morti notificate 204 (maschi 112, femmine 92).

Matrimonî. — Le prestazioni dell'ufficiale delegato allo Stato Civile furono pure utilizzate in occasione del matrimonio di sette figlie esposte addette all'Ospizio, quattro delle quali patentate levatrici presso la R. Scuola d'Ostetricia, e tre serventi-infermiere.

I figli adulterini, per quanto fu dato accertare da informazioni ufficiali, inscritti per legge come legittimi, ma ritenuti a carico provinciale per abbandono della madre, sommarono a sette. Tre di essi pervennero dall'esterno, quattro dal Comparto Ostetrico, fra cui due gemelli. — Su queste ammissioni si è pronunciato caso per caso la Onorevole Deputazione Provinciale, dopo avere sopra rapporto della Direzione dell'Ospizio, ponderatamente riconosciuta la necessità del provvedimento.

In altri tre casi, riconosciuta insussistente la pretesa irregolarità di origine, i bambini furono posti a carico comunale per il periodo dell'allattamento e sino alla effettiva loro restituzione.

Famiglia assistita dall'Ospizio. — Aggiungendo ai 6958 esposti alla dipendenza dell'Ospizio allo spirare del 1880, gli infanti di

nuovo ingresso in numero di 1408 ed altri 73 esposti, già abdicati per età, riammessi nell'Ospizio per ragioni di tutela e di assistenza, benchè superato avessero il quindicesimo anno, si ottiene il totale di 8439 individui ai quali l'Ospizio ha dovuto provvedere nel 1881. (Prosp. II).

Paragonato il caricamento del 1881 fra esposti di primo ingresso ed abdicati riammessi (1481) col discarico per morte (697), consegna ai parenti (343) ed abdicazione (427), si ha il totale di 1467, ed un aumento di 14 figure a carico dell'Ospizio. (Prosp. III).

La effettiva rimanenza depurata al 31 dicembre 1881 risultò di 156 nell'Ospizio e di 6816 all'esterno, e complessivamente di 6972 contro 6958 avuti dal 1880. (Prosp. IV).

Collocamento e distribuzione degli esposti. — Al collocamento degli infanti esistenti nell'Ospizio al primo dell'anno, 169 — dei sopraggiunti, 1,408 — restituiti, 1,206 — totale 2,783 — la Direzione ha provvisto nel modo seguente (Prosp. V):

Ad alimentare i bambini da latte, in attesa del loro passaggio presso nutrici foresi, la balieria interna accolse 79 nutrici sedentarie, 24 esistenti al primo dell'anno, 55 nuove entrate, 52 delle quali provenienti dal Comparto Ostetrico.

Passarono all'esterno nel corso del 1881 N.° 1369 bambini da latte, 570 figli da pane. Altri 153 abdicati vennero ricollocati presso allevatori foresi. — Totale 2,092.

Furono consegnati ai parenti 343 infanti, 69 da latte, 274 da pane.

N. 156 (22 da latte, 134 da pane; maschi 49, femmine 107), rimasero nell'Ospizio allo spirare del 1881. — Le quali cifre, sommate coi 192 decessi nell'Ospizio, danno il totale di 2,783 esposti costituenti il movimento interno del 1881.

I 6972 esposti rimasti alla fine dell'anno 1881 comprendono 3,358 maschi, 3,614 femmine.

In linea amministrativa possono ripartirsi in tre categorie:

a tutto il primo anno di vita: 1,091 (maschi 576, femmine 515);
dal 1° al 15° anno 5,310 (maschi 2,642, femmine 2,668);
oltre il 15° anno 571 (maschi 140, femmine 431).

Tranne i pochi assenti, i nostri esposti al 31 dicembre 1881 figurano dispersi in 16 provincie ed in 699 Comuni del Regno d'Italia, secondo il seguente prospetto:

Ospizio (rimasti)	N.	156
Provincia di Milano	»	3,989
» Como	»	1,089
» Piacenza	»	941
» Cremona	»	325
» Pavia	»	226
» Bergamo	»	163
» Novara	»	39
» Parma	»	10
» Sondrio	»	9
» Alessandria	»	3
» Genova	»	3
» Torino	»	2
» Brescia	»	1
» Cuneo	»	1
» Porto Maurizio . .	»	1
» Roma	»	1
All'estero	»	13
Totale	N.	6,972

La distribuzione per Circondari degli esposti collocati nella Provincia di Milano, ha luogo come segue in ordine numerico:

Circondario di Lodi	N.	1,230
» Gallarate . . .	»	1,206
» Abbiategrasso . .	»	731
» Milano	»	568
» Monza	»	254
Totale	N.	3,989

Paragonata la distribuzione degli esposti nel 1880 con quella del 1881, presenta quest' ultima una sempre minore dispersione da 719 a 699 Comuni.

Le Provincie di Milano e di Bergamo hanno visto aumentare il loro contingente, così nell' 80, come nell' 81, mentre è diminuito in tutte le altre.

In Provincia di Milano da 3,855 nel 1879, siamo saliti a 3,919 nel 1880, a 3,989 nel 1881.

Nel Circondario di Lodi i collocamenti aumentarono da 1,183 nel 1880, a 1,230 nel 1881; in quello di Gallarate da 1,164 a 1,206.

Le difficoltà principali incontrate dalla Direzione nella conservazione e nella destinazione degli infanti affidati alle sue cure, riflettono, come può di leggeri imaginarsi, i bambini da latte. È impossibile regolare la balieria interna per modo che si mantenga un equilibrio costante fra le presentazioni e le nutrici sedentarie; come è impossibile ottenere una affluenza di nutrici foresi proporzionata ai mutabili bisogni dell' Ospizio. Così, ad esempio, il sig. Dott. Gaetano Casati, nel suo diligentissimo rapporto sulle vicende sanitarie del Comparto esposti, fa notare che i lattanti in balieria, da 24 esistenti al 1° giugno 1881, aumentarono rapidamente a 64 ai 18 dello stesso mese, per mantenersi fra i 45 e i 46 fino a mezzo il luglio successivo. Siegue al giugno il gennaio per massimo di degenze, con 51 bambini ai 6 del 1881, mentre addì 20 febbraio e 6 maggio i lattanti scendevano a 9 soltanto. Ne viene di conseguenza che, a brevi distanze, ora sovrabbondano, ora scarseggiano le nutrici sedentarie; oggi conviene vuotare con mezzi artificiali il seno rigurgitante di latte, domani smungerlo affatto applicandovi sino a tre bambini. E la mortalità interna si risente di questo più o meno felice stato di cose.

Alla scarsità di nutrici foresi si cercò di rimediare con inviti e circolari dirette ai luoghi più adatti, onde accaparrare delle balie, sia pure di secondo latte. Anche in tale occasione si è lamentata la diversione, già più volte segnalata, ad opera di estranei, di nutrici destinate a ritirare lattanti dall' Ospizio. Le mediatrici di balie, le quali tendono il laccio nei pressi dell'Ospizio, nelle vie più lontane, e perfino alle stazioni ferroviarie, sono in Milano tanto numerose, pazienti e tenaci, che hanno fatto cadere a male gli uffici di baliatico, ripetutamente istituiti senza pro' da generosi filantropi e colleghi. La concorrenza spietata ch' esse muovono al Brefotrofio giova, se non altro, alle famiglie ed ai bambini milanesi, e serve indirettamente a scemare le presentazioni all' Ospizio. Che altro rimarrebbe da tentare? L'aumento dei salarî alle balie foresi. Il sig. Dott. Casati lo propone e lo appoggia col massimo convincimento della sua opportunità, ritenendo inadequata la corresponsione attuale di L. 9,90 al mese. Chi scrive ed ebbe già due volte la fortuna di invocare ed ottenere tali aumenti dalla Onorevole Rappresentanza Provinciale, con qual piacere non vedrebbe mosso un altro passo sulla buona via!

Valga per ora questo accenno, e non è il primo, a preparargli il terreno.

Sorveglianza e tutela degli esposti. — La sorveglianza degli esposti continuò ad essere esercitata, coi modi soliti, nei singoli comuni, mediante l'opera dei sindaci, dei parroci e dei medici condotti e il controllo immediato della Direzione. Va segnalato fra gli altri il Comune di Castel S. Giovanni (Prov. di Piacenza) ove il Municipio con pubblico manifesto additava le misure a seguirsi per il buon governo dei numerosi esposti colà residenti, e per quelli in ispecialità appartenenti all'Ospizio di Milano, prestandosi eziandio alla istituzione di un apposito Comitato di vigilanza.

La Direzione dell' Ospizio ha operato presso le Regie Preture Mandamentali onde promuovere la formazione del Consiglio di tutela per N.° 327 esposti (maschi 151, femmine 176) figli di ignoti, od orfani di genitori, i quali compievano il quindicesimo anno presso allevatori foresi, e per N.° 7 esposti (maschi 4, femmine 3) riconosciuti e consegnati ai genitori e parenti senza che questi potessero comprovare il loro diritto all' esercizio della patria potestà.

Il Consiglio di tutela permanente presso l'Ospizio ha tenuto N.° 21 sedute. — Accordò l'assenso al matrimonio a N.° 15 figlie esposte minorenni, sprovviste di tutela speciale. — Autorizzò il ricovero di un discolo in una Casa di correzione, onde avviarlo sulla via dell' onestà e del lavoro, e ottenne per disposizione ministeriale di collocarlo nel locale Riformatorio Marchiondi. — Accordò ad un esposto quindicenne, figlio d'ignoti, l'assenso a portarsi temporariamente in America (Buenos-Ayres) onde raggiungervi la famiglia de' suoi allevatori, che lo aveva colà preceduto, trovandovi un conveniente collocamento. — Accettò, a favore di una esposta minorenne la compartecipazione alla eredità lasciata dalla sua custode, signora Francesca Brega di Pavia, compartecipazione che fu poi liquidata in lire 300 e colle spese relative ridotta a L. 266.67. — Accettò, col benefizio dell'inventario, nell'interesse d'altra esposta minorenne, la eredità lasciatale dalla sua custode, signora Antonia Mainini, vedova Belfanti di Golasecca, eredità costituita di una sostanza nitida di circa lire quattro mila, in crediti e stabili, dedotti i legati e le spese, provvedendo in appresso al soddisfacimento dei legati, al pagamento delle tasse di successione, alla vendita dei mobili e degli stabili, ed all' im-

piego della somma residuata, giusta le vigenti leggi. — Accettò, nell' interesse d' altro esposto minorenne, un legato di lire mille disposto a di lui favore, per una volta sola, del fu signor Luigi Gadda, allevatore di Castel Seprio. — Deliberò costituirsi parte civile nel processo penale intentato contro un allevatore imputato di violenze verso una giovinetta esposta, ottenendo a favore della medesima la indennità di lire novecento, in conseguenza della condanna del reo a tre anni di reclusione, pronunciata dalle Assisie di Como.

Fu, a cura della Direzione, amministrato il patrimonio di numero 25 esposti, investito per L. 3640.38 in 23 libretti della Cassa di risparmio di Milano; per L. 5700 (capital nominale) in rendita dello Stato; per L. 1000 in oro (pure nominali) in due cartelle del prestito della città di Lucera; per L. 1000 in due cartelle città di Potenza; e così un totale di L. 11,340. 38. — Alla qual somma devesi aggiungere quella di L. 43,386.25 rappresentata dal deposito fatto alla Cassa di risparmio di Milano di N.º 2624 premî d' istruzione posti a frutto a favore di altrettanti minorenni.

Si effettuò la consegna di due libretti della Cassa di risparmio per l'importo complessivo di L. 155.42. — Ad una esposta minorenne pervenne un piccolo peculio di L. 25 (che fu impiegato in un libretto della Cassa di risparmio) derivato dalla vendita fatta, per cura della Direzione, di alcuni oggetti abbandonati dalla di lei madre, defunta all'Ospitale Maggiore. — Ad altra esposta, pure minorenne, pervennero col tramite del Sindaco di un Comune della Provincia di Bologna, due cartelle di rendita italiana al portatore di lire 10 cadauna, godimento 1° luglio 1878. — Furono consegnate ad un esposto maggiorenne, allevato a Ferriere (Prov. di Piacenza) e reduce da poco dal servizio militare, L. 500 versate per esso alla Direzione da ignoto benefattore. — Finalmente si è operato pel cambio decennale delle cartelle di rendita di ragione degli esposti.

Esposti infermicci e bisognosi di speciale assistenza. — Gli esposti sussidiati con assegni e pensioni extra-normali allo spirare del 1880 erano 723. — Entrarono in questa categoria nel corso del 1881 altri 58, per il che il caricamento totale salì a 781.

Ne furono scaricati 48, dei quali 20 per morte (11 presso famiglie private, 7 nell' Ospizio, 1 nella Pia Casa degli Incurabili ad Abbiategeasso, 1 nel Convitto privato per cieche e sordo-mute in

Legnano) 9 per consegna ai parenti, 6 per matrimonio, 13 per ordine della Direzione, a tal che il 31 dicembre 1881 diede al nuovo anno 733 esposti ammessi al beneficio di un assegno extranormale.

Alla cura balnearia, impresa col mezzo dell'Onorevole Comitato, vennero destinati 8 scrofolosi, 7 dei quali alle acque salso-iodiche di Rivanazzano, 1 ai bagni marini nell'Ospizio di Sestri Levante. Per compiacere all'egregio signor cavaliere Dott. Ezio Castoldi, capo della Commissione medica della Pia Istituzione e Segretario del Comitato Promotore, due delle nostre serventi infermiere furono provvisoriamente distaccate onde prestare la loro assistenza all'Ospizio di Sestri Levante.

Gli infermicci sussidiati, allo spirare del 1881 figurano così distribuiti:

Presso famiglie private	N.°	667
» la Pia Casa degli Incurabili in Abbiategrasso .	»	46
» » d'Industria in Milano	»	4
» » » Lodi		1
» l'Ospitale Maggiore di Milano (cronici)		4
» l'Istituto del Buon Pastore in Milano	»	1
» » » Monza	»	2
» » dei sordo-muti in Milano	»	3
Pensionisti	»	5
Totale	N.°	733

Riguardo all'età vengono ripartiti in tre categorie: a tutto il quindicesimo anno N.° 213; dal quindicesimo al ventunesimo N.° 175; in età maggiore N.° 345 — totale 733 (maschi 251, femmine 482).

Nel 1881, oltre i 58 nuovi assegni, si accrebbero i sussidi in corso a favore di N.° 11 esposti, da una cifra più tenue ad altra maggiore.

La mortalità speciale negli infermicci in genere, fra esistenti ed entrati (781 con 20 decessi) fu del 2.77 per cento, contro il 3 61 del 1880. — Alla Pia Casa degli Incurabili sopra 47 ricoverati a carico della Provincia, fra esistenti e nuovi entrati, non fuvvi che un solo decesso. È inapprezzabile il beneficio che questo stabilimento rende al Brefotrofio, accordando asilo ed assistenza a molti infelici, respinti da ogni dove, eppur bisognosi di tante cure.

Derelitti legittimi a carico comunale. — Al 31 dicembre 1880 erano rimasti nell'Ospizio N. 4 infanti derelitti a carico dei Comuni foresi. Nel 1881 ne furono inscritti altri due, entrambi passati ai derelitti dalla categoria dei lattanti legittimi ed appartenenti al Comune di Monza. Nessuno di questi infelici venne a morte; uno fu consegnato ai genitori; uno abdicato per età; cosicchè alla fine del 1881 se ne contavano 4 alla dipendenza dell'Ospizio, appartenenti ai Comuni di Sant'Angelo Lodigiano, Seregno, Lodi e Monza.

A carico del Comune e, per esso, della Congregazione di Carità di Milano, allo spirare del 1880 erano rimasti 33 derelitti. Nel corso dell'anno 1881 ne sopraggiunsero 12, ma ne vennero scaricati 13 (6 per consegna ai parenti, 5 per morte, 2 per abdicazione), cosicchè la rimanenza si ridusse a 32.

A carico proprio della Congregazione di Carità di Milano per l'Opera Pia Derelitti da essa amministrata, allo spirare del 1880 erano rimasti N. 52 infanti. I nuovi entrati del 1881 furono 14 e 8 gli usciti (5 per consegna ai parenti, 3 per decesso), cosicchè la rimanenza al 31 dicembre 1881 era salita a 58 derelitti.

Esposti spettanti alla Provincia di Como, già pervenuti dal torno di Varese. — Gli assistiti comensi nel 1881 furono 45, 19 dei quali con assegno eccezionale, 26 colle ordinarie corrisponsioni. — Vennero assegnate 5 doti da L. 100 e 15 premi d'istruzione e di di buon allevamento. Un semplice premio d'istruzione in L. 20 fu accordato ad una figlia esposta contemporaneamente alla dote.

Il totale del credito relativo dell'Ospizio verso la Provincia di Como si fa ascendere pel 1881 a L. 5,033.97.

Ricognizioni degli esposti. — Le ricognizioni da un triennio si mantengono quasi allo stesso livello: 255 nel 1879, 258 nel 1880, 253 nel 1881.

Dei 253 riconosciuti nel 1881, 62 erano morti: 191, il 75.49 % furono consegnati ai loro genitori o parenti.

Per appartenenza, 209 spettano al Comune di Milano, 26 agli altri Comuni della Provincia, 6 alla Provincia di Como, 7 ad altre Provincie del Regno, 5 all'estero (2 svizzeri ticinesi, 1 inglese, 1 austriaco).

N. 86 erano entrati nell'Ospizio per la via del torno (anteriormente al 1° luglio 1868, data della soppressione della ruota), 167 per presentazione: maschi 137, femmine 116.

N. 96 (maschi 69, femmine 27) si constatarono già legittimi di fatto, ossia come tali battezzati od inscritti allo Stato Civile prima della esposizione.

N. 45 vennero legittimati per susseguito matrimonio fra i procreatori.

N. 94 furono riconosciuti per atto notarile dai loro genitori naturali, 16 al nome del padre, 65 al nome della madre, 13 al nome d'ambo i genitori.

Per 18 esposti consegnati ai loro genitori e parenti, la ricognizione si limitò ad una semplice manifestazione d'ufficio, non potendo aver luogo per impedimenti di legge la ricognizione legale per atto autentico notarile. Fra questi si contano 12 figli adulterini.

I riconosciuti erano inscritti al Brefotrofio:

N.	15	dal	1881
»	27	»	1880
»	42	»	1879
»	21	»	1878
»	16	»	1877
»	8	»	1876
»	12	»	1875
»	3	»	1874
»	3	»	1873
»	7	»	1872
»	1	»	1871
»	1	»	1870
»	1	»	1869
»	7	»	1868
»	4	»	1867
»	85	»	1866 (retro)

Le ricognizioni anteriori al 1866, che a prima vista sembrano imporre pel loro numero rilevante, sono dovute in massima parte alle ricerche mosse dalle Autorità Comunali in occasione delle operazioni di leva militare. Chiamati i genitori a dar conto dei figli legittimi, già immessi nel torno od abbandonati dopo il battesimo, son costretti ad addivenire ad una ricognizione, mediante la quale soltanto la Direzione può rintracciare la posizione e fornire le notizie relative. Riesce però difficile di conseguire la materiale consegna o

restituzione dei superstiti ai loro parenti. In questi casi, tornato vano il tentativo, la Direzione rilascia dichiarazione motivata di avvenuta ricognizione, partecipandola in pari tempo agli esposti, a mezzo delle Autorità Comunali, coi documenti comprovanti il vero loro stato civile. Benchè l' esercizio della patria potestà, in seguito ad una regolare ricognizione, sia ineccepibile, ben si può comprendere la riluttanza di molti giovani ad abbandonare la buona ed affezionata loro famiglia di adozione, per certi padri coatti, che secondo la energica espressione del nostro popolo, *meglio è perdere che trovare.*

Ai genitori impazienti e, dirò pure, ai prepotenti, fu additato il ricorso ai tribunali ed ai Procuratori del Re, imperocchè il Direttore, pure ammettendo il proprio intervento obbligatorio e doveroso, non tiene certo la pubblica forza a disposizione. Ma le stesse Autorità giudiziarie o politiche non hanno mai dato un esempio di coercizione. Bensì coi debiti modi si è procurato e si è riesciti a stabilire amichevoli rapporti fra genitori e figliuoli, fra genitori ed allevatori. La più elementare prudenza obbliga la Direzione ad usare tutti i riguardi possibili ai custodi di esposti. Ove si vedessero trattati diversamente e bruscamente, chi vorrebbe da quind'innanzi levarli dall' Ospizio?

Premî d'istruzione e di buon allevamento. — I premî conferiti nel 1881 furono 266 contro 288 nel 1880, ossiano 22 in meno, coll'assegno totale di L. 12,330.

Dei premî d'istruzione conferiti agli esposti nel 1881, N. 20 furono pagati all'atto dell'assegno; il rimanente per L. 4,880 venne impiegato alla Cassa di risparmio di Milano, per essere reso a suo tempo cogli interessi maturati.

Il massimo numero dei premî accordati nel 1881 fu di 52 in maggio, il minimo di 11 in ottobre.

Dei 266 premî, 89 furono accordati a maschi, 176 a femmine.

I premî restituiti nel 1881 cogli interessi maturati furono 210, contro 174 nel 1880. Di questi 210, numero 118 a femmine e 92 a maschi.

Fra le esposte alle quali fu restituito il premio cogli interessi, una raggiunse L. 59.75, avendo il suo allevatore rinunciato all'atto dell' assegno al premio di L. 30 che gli spettava, perchè fosse posto a frutto col premio d' istruzione.

A sei allevatori di esposti premiati e decessi prima di raggiun-

gere la età maggiore fu, colla autorizzazione della Onorevole Deputazione Provinciale, accordato il pagamento del premio cogli interessi, di spettanza del fu loro allievo.

Doti alle figlie esposte. — Furono assegnate e pagate alle esposte N. 192 doti, contro 167 concesse nel 1880. — La spesa complessiva per questo titolo fu di L. 19,600, essendosi verificato il caso dell'assegno della doppia dote (L. 200) a 4 esposte, delle quali 2 patentate levatrici e 2 serventi nell'Ospizio.

Il numero massimo dei matrimonî avvenne, come nel triennio 1878 79-80, in gennaio, e fu di 38, precisamente come nel gennaio 1880; il minimo in agosto, di soli 5. — N. 189 furono celebrati in patria, dei quali 1 ad Orta Novarese, 1 a Napoli, 1 a Genova, e 5 in Valtellina; 3 all'estero, 1 a Pura nel Cantone Ticino, 1 a Buenos-Ayres. ed 1 a Melbourne (Australia).

Unitamente alla dote semplice in lire 100, N. 96 esposte conseguirono il premio d'istruzione nella somma complessiva di lire 2,185.31 delle quali L. 1,9.5.31 importo di 84 premî coi relativi interessi e L. 240 importo di 12 premî assegnati e pagati contemporaneamente alle doti.

Circa tre quarti dei pagamenti per doti e premî venne effettuato a mezzo postale, anche trattandosi di brevi distanze, e malgrado i moltiplicati mezzi celeri ed economici di trasporto. Il che, se è causa di maggior lavoro all'Economato ed alla Direzione, prova che il tenue assegno dotale, col dippiù che si può mettergli daccanto, non è sprecato in viaggi, divertimenti e bagordi, ma utilizzato a domicilio, per l'impianto della casa e il corredo della sposa.

Mortalità degli esposti entro e fuori l'Ospizio. — La mortalità complessiva del 1881 sul totale di N. 8,439 esposti assistiti dall'Ospizio, fu di 697 decessi, ossia 8.26 per cento, contro il 10.28 del 1880, l'8.22 del 1879.

Fra i decessi si contano 460 bambini da latte, 237 figli da pane — 369 maschi, 328 femmine — 114 legittimi, 583 illegittimi.

Prendendo a considerare i soli bambini da latte in N. di 2,471 fra esistenti al 1° gennaio 1881 (1,091) ed entrati nel corso dell'anno (1380) con 460 decessi, si ha il 18.6 per cento di mortalità, contro il 23.05 del 1880, il 19 11 del 1879.

I figli da pane in N. 5,909 fra esistenti (5,881) e nuovi entrati

(28) con 237 decessi, diedero la mortalità del 4 per cento, contro il 5.51 del 1880, il 3.80 del 1879.

Compulsata separatamente la mortalità interna dell'Ospizio nelle due grandi classi dei lattanti e dei divezzi, si hanno i seguenti risultati:

Sopra 1,578 bambini da latte fra esistenti (22), nuovi entrati (1,380), e restituiti al Brefotrofio (176), con 142 decessi, si ottiene il 9 per cento di mortalità, contro il 10.67 del 1880, il 7.57 del 1879.

I figli da pane in numero di 1,181 fra esistenti (23), nuovi entrati (28) e restituiti al Brefotrofio (1,030) con 50 decessi, danno il 4.23 per cento di mortalità, contro il 6.78 del 1880, il 3.95 del 1879.

Il seguente Prospetto porge una idea particolareggiata dei decessi degli esposti, entro e fuori l'Ospizio, secondo l'età, il sesso, il luogo del decesso e lo stato civile dei defunti.

MORTALITA DEGLI ESPOSTI

per età, sesso, luogo di decesso e stato civile nel 1881.

ETÀ DEI DEFUNTI	Sesso		Luogo di decesso		Stato civile		TOTALE
	maschi	femmine	nell'Ospizio	all'esterno	legittimi	illegittimi	
Dalla nascita ad un mese	96	82	92	86	41	137	178
da un mese a tre mesi	65	61	29	97	29	97	126
» 3 mesi » 6 »	51	31	11	71	15	67	82
» 6 » » 9 »	17	22	7	32	11	28	39
» 9 » » 12 »	14	21	3	32	9	26	35
Dalla nascita ad un anno	243	217	142	318	105	355	460
da un anno ai due anni	63	60	35	88	7	116	123
» 2 anni » 3 »	24	17	6	35	—	41	41
» 3 » » 4 »	10	7	2	15	—	17	17
» 4 » » 5 »	6	7	1	12	—	13	13
Dalla nascita ai cinque anni	346	308	186	468	112	542	654
dai cinque anni ai sei anni	7	6	1	12	—	13	13
» 6 » » 7 »	6	3	1	8	2	7	9
» 7 » » 8 »	2	1	—	3	—	3	3
» 8 » » 9 »	1	2	—	3	—	3	3
» 9 » » 10 »	2	2	—	4	—	4	4
» 10 » » 11 »	—	—	—	—	—	—	—
» 11 » » 12 »	1	—	—	1	—	1	1
» 12 » » 13 »	1	—	—	1	—	1	1
» 13 » » 14 »	—	—	—	—	—	—	—
» 14 » » 15 »	—	—	—	—	—	—	—
» 15 » » 16 »	2	1	—	3	—	3	3
» 16 » » 17 »	—	—	—	—	—	—	—
» 17 » » 18 »	—	—	—	—	—	—	—
» 18 » » 19 »	—	1	1	—	—	1	1
» 19 » » 20 »	—	1	1	—	—	1	1
» 20 » » 21 »	—	2	1	1	—	2	2
» 21 » » 22 »	—	1	1	—	—	1	1
a 50 anni (1)	1	—	—	1	—	1	1
	369	328	192	505	114	583	697
	697		697		697		

(1) Restelli Romolo N. 487 del 1829, decesso nella Pia Casa Incurabili di Abbiategrasso.

Considerato sotto il rapporto della mortalità, il 1881 offre risultati di gran lunga migliori del 1880, e può chiamarsi un anno felice, mentre l'80 fu classificato come mezzanamente buono, senza che se ne avesse a male, visti i precedenti. La mortalità complessiva dell' 8.26 per cento sugli assistiti, scade soltanto per alcune frazioni centesimali al confronto del 1877 e del 1879 (8.09 ed 8.22), poichè giunse a 14.35 nel 1874; 12.56 nel 1873; 11.97 nel 1872; 11.65 nel 1870; 11.25 nel 1871; 10.28 nel 1880; 9.08 nel 1876; 8.75 nel 1878.

E il procento di mortalità nel primo anno di vita, che tanto interessa gli igienisti, è il più mite che si conosca nel nostro Istituto, trovandosi dal 1870 in avanti la seguente serie:

33.55	nel	1874
30.79	»	1873
28.29	»	1871
28.17	»	1872
27.68	»	1875
26.49	»	1878
24.29	»	1876
23.05	»	1880
21.—	»	1877
20.99	»	1878
19.11	»	1879
18.6	»	1881

Lungi dall'inorgoglirmi di questi risultati, vorrei poterli superare negli anni venturi, tempo permettendo. Mi sia nondimeno concesso di trarne qualche soddisfazione, e di citarle con vera compiacenza a coloro che hanno giurato una guerra a morte ai Brefotrofii e ne dicono tutto il male possibile.

Rimarrebbe a considerare la mortalità degli esposti sotto il punto di veduta della influenza stagionale. Il 1881, se non peccò in ambo gli eccessi rimproverati al 1880, sorpassò nei mesi di luglio e di agosto le temperature estreme e le medie diurne del suo predecessore, con una massima di + 37 e frazioni in tre giorni e una media diurna mensile di + 30.4 nel luglio; una massima di + 34.2 ed una media diurna mensile di + 23.83 nell' agosto. L'inverno all' incontro decorse più mite. Ma furono più ele-

vate le minime, sino a — 11.5 nel gennaio, a — 5.3 nel febbraio, mentre la media temperatura diurna mensile risultò di — 0.62 nel gennaio e di + 3.73 nel febbraio 1881, secondo le osservazioni meteorologiche della Specola di Brera in Milano. Ora i nostri dati non contraddicono certo le grandi leggi della statistica vitale, che proclamano la perniciosità del freddo nei neonati, la deleteria influenza del caldo nei bambini lattanti, specialmente durante il periodo della prima dentizione. La massima mortalità mensile nei lattanti (73) si verificò nel luglio, appunto durante i massimi calori estivi, la minima (24 e 26) nell'aprile e nel giugno. Nei divezzi la mortalità massima (29) avvenne nell' ottobre, la minima (15) nel giugno e nel dicembre. Pei cultori di questi studî importerebbe scendere a più minuti particolari e sceverare, fra i lattanti, la mortalità speciale dei neonati, dalla nascita ad un mese, in relazione alla temperatura. Tali dati gli specialisti possono attingerli alla statistica ufficiale, la quale da grandi cifre sa trarre quantità e conclusioni che sarebbero erronee pel Brefotrofio, dove la esistenza degli infanti è in balìa di tante influenze mutabili e irreducibili. Vogliano intanto gli egregi lettori aggradire il Prospetto degli esposti lattanti e divezzi, morti nell' Ospizio o all'esterno, nel 1881, secondo i mesi nei quali avvenne il decesso, e seguirmi nel paragrafo seguente, ove colle notizie sanitarie troveranno ulteriori indicazioni in argomento.

Morti per mesi nell'anno 1881 nell'Ospizio e all'esterno.

MESI	Morti nell'Ospizio			Morti all'esterno			TOTALE generale
	da latte	da pane	Totale	da latte	da pane	Totale	
Gennaio	10	3	13	25	21	46	59
Febbraio	19	7	26	29	11	40	66
Marzo	7	7	14	33	12	45	59
Aprile	8	1	9	16	16	32	41
Maggio	11	1	12	22	21	43	55
Giugno	13	1	14	13	14	27	41
Luglio	21	5	26	52	15	67	93
Agosto	5	7	12	38	17	55	67
Settembre	14	5	19	13	11	24	43
Ottobre	9	5	14	33	24	57	71
Novembre	12	4	16	22	14	36	52
Dicembre	13	4	17	22	11	33	50
	142	50	192	318	187	505	697
	192			505			

Notizie sanitarie sugli esposti. — Dalla scarsa mortalità nel 1881, il cortese lettore avrà potuto desumere la scarsa *morbilità* o *morbosità*, come si voglia chiamare. Dalla diligente relazione del medico primario agli esposti, sig. Dott. Gaetano Casati, estraggo le seguenti notizie.

Nell' interno dell' Ospizio le malattie comuni si contennero nei limiti ordinarî; più basso ancora fu il contingente delle affezioni proprie della infanzia. Nella *balieria interna* i bambini da latte

ammalati furono 338. Oltre le forme sospette di lue celtica, per le quali passarono nell'apposito Comparto, prevalsero l'eritema, il mughetto, l'enterite e le malattie oculari. Di questi 338 infermi, 77 morirono, dei quali 38 per prematuranza, 23 per enterite, 8 per convulsioni, 3 per marasmo.

I bambini da latte, ritenuti *sospetti di sifilide* furono 72, dei quali 6 rimasti dal 1880, 66 nuovi entrati. Di essi, 5 provenivano dalla sala di contumacia (1° ingresso), 4 dal Comparto ostetrico; 46 dalla balieria interna; 11 da nutrici foresi (restituiti). Quanto allo Stato Civile, 47 erano illegittimi, 25 legittimi. Sul totale si ebbero 57 morti, 14 guariti e 1 rimasto. I guariti passarono alla campagna presso nutrici foresi, nè diedero origine ad infezione alcuna alle nutrici, o mostrarono altre manifestazioni morbose, per cui si ha motivo a ritenerli perfettamente immuni.

Nove furono i *sifilitici da latte,* 3 rimasti, 6 nuovi entrati; 7 illegittimi, 2 legittimi. Dei nuovi entrati, un legittimo di primo ingresso pervenne dalla Sala di Contumacia; 5 erano restituiti da balie foresi. — Di questi infelici, 8 vennero a morte, 1 rimasto passò ad anno compiuto nei sifilitici da pane. — Le forme presentate furono le placche e le ulcere al palato e alla lingua, l'ozena, l'alopecia, la sifilide papulo-squamosa e maculosa, il pemfigo. — Causa di morte fu in tutti la cachessia sifilitica. — Ricercato se i cinque bambini resi all'Ospizio da balie foresi, siano, o meno, stati causa d'infezione alle loro nutrici, si conobbe che due fra esse erano rimaste perfettamente incolumi; due colpite da sole forme locali ai capezzoli, facilmente guarite senza successioni morbose e manifestazioni celtiche generali; una all'incontro affetta da forme costituzionali, per le quali fu curata e guarita nell'Ospizio.

Il sig. Dott. Casati, istituiti i confronti fra il 1880 e il 1881, si compiace di osservare che se i sospetti sifilitici da latte constarono in numero quasi identico nel biennio (67 e 66 nuovi entrati), minori d'assai furono i sifilitici conclamati, discesi da 42 a 6. Così pure le balie rimaste infette, che nel 1880 ammontarono a 20, danno la tenue cifra di 3 nel 1881. È certo che la unità nel servizio sanitario, ora affidato ad un solo medico primario, ha reso eccellenti risultati nella diminuzione del numero dei bambini sifilitici e delle balie sifilitiche. Il curante, a cui peso rimarranno le conseguenze di una postuma o inosservata manifestazione celtica, studia di prevenire i casi di trasmissione con una cérnita

accurata dei bambini da affidarsi a balie foresi e con una rigorosa ponderazione del giudizio di dimissibilità. Non bisogna però affrettarsi a trarre deduzioni precipitate dai dati forniti da un solo anno di esercizio, ma pigliare le cose in grande e sopra una scala più vasta. Infatti lo stesso egregio collega, venuto a conferire su questo tema, lealmente osserva che già nel primo trimestre 1882, si hanno registrati nell' Ospizio piu casi di sifilide infantile che in tutto il 1881. L'orrida lue s'è fatta aspettare ed è poi sopraggiunta a ristabilire la compensazione nel male, danneggiando le tenere creature, come il freddo tardivo e le brine primaverili hanno danneggiato i germogli de' campi.

I *sifilitici da pane* furono 18, dei quali 2 esistenti, 16 nuovi entrati. Dei nuovi entrati 1 provenne dai *sifilitici da latte*, per ragione di età; 10 da allevatori foresi (restituiti); 5 erano figli di nutrici, già antecedentemente sifilizzate dagli esposti. — L'esito fu di 15 guarigioni e 3 decessi, due per sifilide, uno per meningite cerebrale. — Forme predominanti furono le ulcerazioni alle labbra e alla lingua, l'angina, l'ozena, l'alopecia, le dermatosi sifilitiche (macule, papule e squame). — La cura si aggirò nei soliti e celebrati presidii: frizioni mercuriali, sciroppo di Gibert, ioduro potassico, avvalorati da una buona dieta, dal ferro, dall'olio di fegato di merluzzo, dal fosfato di calce.

Le *nutrici sifilitiche* sommarono a 16: esistenti 3, nuove entrate 13. Due di esse, assistite per ben due volte nel 1881, ridurrebbero a 14 la cifra effettiva delle ricoverate. Subivano la cura, 7 per la prima volta, 6 per la seconda, 2 per la terza, 1 per la quarta, ciò che dimostra la ben nota tenacità della infezione. Tutte furono dimesse guarite, o almeno presunte tali, colle solite cure.

Fra i bambini da latte non v'ebbe caso alcuno di scabie. Di 31 ottalmici veruno decesse; alcuni però riportarono i postumi della pericolosa affezione, ed uno perdette completamente la facoltà visiva.

Ora passando dai *bambini da latte*, ai *figli da pane*, la tavola nosologica segna 381 infermi con 50 decessi. La difterite diede fortunatamente un solo caso, trasportato e morto all' Ospitale Maggiore; la varicella 20 casi, il morbillo 3, la scarlattina 4, la tosse ferina un solo, curati e guariti nelle Sale dell' Ospizio. Il sig. Dott. Casati ha segnalato la utilità della cura lattea e delle frizioni grasse estese a tutto il corpo nell' anassarca da albumi-

nuria; un caso di toracentesi per versamento pleurico sinistro; un caso di anchilostomiasi con anemia; ed ha attribuito la mortalità degli infermi in buona parte alle forme croniche, consuntive, per le quali soccombette la metà circa de' pazienti.

Traendo profitto dal R. Decreto 18 novembre 1880 sull'ordinamento della statistica delle cause di morte, la Direzione ha procurato di ottenere queste preziose indicazioni anche pei decessi avvenuti all'esterno, facendone richiesta ai Medici Comunali, a mezzo dei singoli Municipii, ogniqualvolta la causa della morte non risultava dalla notifica pervenuta all' Ospizio. Così sul totale di 697 decessi fra esterni e interni, venne dato di registrare la causa della morte per 685 esposti di ogni età assistiti dal Brefotrofio, rimaste 12 sole posizioni inevase. Su questi dati è difficile, per non dire impossibile, compilare un elenco sistematico delle cause di morte, tante sono le denominazioni raccolte, le varietà, le sinonimie, ed anche le espressioni disusate, volgari, spropositate, anti-scientifiche, quasicchè ripugnasse ad alcuni sanitarii lo attenersi allo schema proposto dalla Direzione di statistica e servirsi con ben intesa liberalità del diritto di iniziativa e di aggiunta; oppure tornasse troppo arduo lo stendere le dichiarazioni con una tal quale chiarezza calligrafica, che le renda meno ostiche ed indecifrabili ai funzionarii amministrativi. In attesa di più ampli risultati dallo spoglio delle schede e delle semplici indicazioni necrologiche, posso additare sin d' ora come cause prevalenti di morte nei *bambini da latte*, la enterite con 73, la debolezza congenita e la prematuranza con 62, il marasmo e la tabe infantile con 45, la bronchite pneumonite con 40, la gastro-enterite con 22, la eclampsia con 18, la sifilide con 13, il croup con 6, il morbillo con 6, la difterite con 2 casi. E nei *figli da pane* la difterite con 23, la enterite con 15, la bronchite con 11, il morbillo con 10, la pneumonite, la tubercolosi polmonare e la dissenteria con 7 casi ciascuna, la tosse ferina con 4, la scarlattina con 3 casi.

Questi dati collimano perfettamente colla esperienza universale e coi postulati della statistica nosologica. Il sig. prof. G. Sormani, in un suo recente lavoro « Sulla mortalità dei bambini in Italia (1) »,

---

(1) *Sulla mortalità dei bambini in Italia*, pel Dott. Giuseppe Sormani, Professore d'igiene nella R. Università di Pavia. -- Pubblicazione della Società Italiana per la protezione dei fanciulli. -- Milano, Stab. Giuseppe Civelli, 1881.

segnalata la prematuranza e la debolezza congenita, indica le malattie gastro-intestinali, che hanno fra i loro sintomi più apparenti le numerose scariche diarroiche, come le più frequenti nella prima infanzia. Afferma, contro il pregiudizio volgare, che i bambini possono andar soggetti a pressochè tutte le malattie degli adulti, e cita il vaiuolo, il morbillo, la scarlattina, la difterite, il croup, la tosse convulsiva tra le affezioni contagioso-epidemiche, che di preferenza affliggono le prime età dell' uomo. Contro il vaiuolo sta come mezzo profilattico, sicuro, la vaccinazione, e ad essa appunto deve l' Ospizio di non averne noverato caso alcuno, in casa e fuori. — Una prova che i nostri bambini sono ben tenuti è pur questa, che nel 1881 si ebbe un solo caso di morte per scottatura, e veruno per soffocazione, caduta, annegamento o schiacciamento, mentre cotanti ne registrano le statistiche ufficiali del Regno d'Italia. — A conclusioni quasi identiche è venuto il signor Dott. Camillo Hajech, che ha svolto contemporaneamente al Sormani il tema della Mortalità dei bambini (1). tema prediletto dei miei studî sino dal 1868 (2).

Linfa vaccinica e vaccinazione. — Per norma di chi ha la bontà di scorrere queste pagine, e per notizia a' colleghi, riassumo per sommi capi quale è il còmpito dell' Ospizio in materia di linfa vaccinica e di vaccinazione.

L'Ospizio Provinciale degli esposti e delle partorienti in Milano è, di fatto, il vero conservatore del vaccino umanizzato nella Provincia.

Quivi si vaccina tutto l' anno il maggior numero possibile di bambini, cosicchè senza interruzione vien mantenuta la linfa vaccinica fresca ed inalterata.

Si trascelgono i bambini migliori, più prestanti ed avanzati in età, preferibilmente legittimi, per servire da vacciniferi, sia per l'estrazione della linfa vaccinica, sia per la inoculazione da braccio a braccio.

---

(1) *La mortalità dei bambini e mezzi di diminuirla*, pel Dott. Camillo Hajech. Pubblicazione della Società Italiana d'Igiene. — Milano, Edoardo Sonzogno, 1881.

(2) Griffini Dott. Romolo. — *Della mortalità dei bambini; della profilassi della sifilide infantile e da allattamento; della istituzione dei presepî in Italia.* Relazione al IV Congresso della Associazione Medica Italiana tenutosi in Venezia nell'ottobre 1868. — Milano, *Annali Univ. di Med.*, 1868.

Il Brefotrofio di Milano distribuisce a chi ne fa ricerca la linfa vaccinica raccolta in tubetti, e presta anche i propri vacciniferi per la inoculazione diretta, ai medici privati, ai pubblici Istituti ed alle Autorità militari, nei limiti dei mezzi disponibili.

Non è permesso però di esportare i bambini vacciniferi dallo Stabilimento, se non per uso dei pubblici Istituti e dell' esercito, e ciò colle cautele e coll' accompagnamento prescritto dalla Direzione.

Per uso privato, la vaccinazione o rivaccinazione viene eseguita sopra luogo, in apposita sala, dai medici pratici, sotto la loro responsabilità. Pertanto essi sono in diritto di rifiutare i bambini che loro vengono presentati a tal uopo e che non soddisfano alle loro esigenze.

I Sanitari dell'Ospizio si prestano alla vaccinazione dei bambini che vengono spediti dai Comuni e dai Medici Condotti, per servire da vacciniferi nelle stagioni ordinarie di primavera e di autunno, ed anche fuori dei periodi assegnati alle vaccinazioni pubbliche, in occasione di epidemie vaiuolose.

Le prestazioni dell' Ospizio sono a titolo gratuito, salvo, in alcuni casi, la rifusione delle spese pel trasporto dei vacciniferi, e delle spese postali per la trasmissione dei tubetti.

Il numero degli esposti vaccinati e rivaccinati e l' esito della operazione profilattica, risulta dai Prospetti che vengono annualmente rassegnati alla R. Prefettura e dai Rendiconti della Direzione.

Ora nel 1881, oltre i medici esercenti che si recano personalmente a vaccinare i loro clienti nella Sala di Contumacia presso l' Ospizio, chiesero vacciniferi, il Consiglio degli Orfanotrofii per la rivaccinazione degli allievi nuovamente ammessi nei due Istituti, maschile e femminile; il comando del 63° Reggimento Fanteria (Brigata Cagliari), di stanza in Milano, per la rivaccinazione delle reclute.

Dal Prospetto gentilmente comunicato dal Capitano Medico, signor Dott. Giovanni Metelli, risulta che sopra 247 operati (dei quali 22 già vaiuolati, 215 già vaccinati e 10 soli non mai vaiuolati nè vaccinati) si ebbero 76 esiti certi, 39 incerti e 132 nulli. Fra gli esiti certi non vennero calcolati che i chiaramente ombellicati e di bella forma. Nessun accidente.

Inviarono bambini all'Ospizio per essere vaccinati e resi vacciniferi ad uso delle pubbliche vaccinazioni di primavera e di au-

tunno, l'Onorevole Consiglio degli Ospitali di Lodi; i Comuni di Bollate, Bussero, Cassina de' Pecchi, Chiaravalle Milanese, Caronno Milanese, Gessate, Gorgonzola, Melzo, Monza, Nova, Pessano con Bornago, Origgio, Pozzo d'Adda, Quarto Milanese, Quinto Sole, Rhò, Senago, Seregno, S. Vittore Olona, Trezzano Rosa, Trezzano sul naviglio.

Molti tubetti di linfa vaccinica vennero distribuiti, dietro regolare richiesta, all'Onorevole Consiglio Ospitaliero di Lodi, all'Ispettorato ed all'ufficio di Astanteria ed accettazione presso l'Ospitale Maggiore di Milano, al Pio Istituto di Maternità e dei Ricoveri dei bambini lattanti in Milano, ai Sindaci, ai medici privati o di beneficenza di Besana Brianza, Busnago, Bovisio, Casate Nuovo, Casorate I, Cesana Brianza, Cesano Maderno, Chignolo Po, Cornate, Gerosa, Landriano, Locate Triulzi, Lodi, Luino, Mantova, Masciago, Milano, Paderno Milanese, Pieve Emmanuele, Seveso, Verona.

Nell'interno dell'Ospizio, sopra 1408 bambini di primo ingresso, se ne vaccinarono 1343, con esito constatato felice nei 222 che furono trattenuti oltre gli otto giorni per servire quali vaccniferi. — Nel Comparto Superiore esposti vennero rivaccinati 75 figli da pane con pieno successo in 30, incompiuto in 25, spurio o nullo in 20.

Comparto ostetrico. — Le gestanti entrate nel 1881 furono 280, alle quali aggiungendo 41 gravide e puerpere esistenti al 31 dicembre 1880, si ha il totale di 321 ricoverate, al confronto di 355 assistite nel 1880 (Prospetto VI).

N. 6 gestanti escirono senza sgravarsi.

Da N. 290 parti nacquero 295 bambini. — A render conto della differenza fra il numero dei parti e quello dei bambini è mestieri ricordare che si ebbero sei *gravidanze gemellari* e che una donna non diede alcun bambino, essendo pervenuta all'Ospizio per il solo secondamento.

I 290 parti comprendono 11 aborti, 47 parti prematuri, 232 maturi; 220 naturali, dei quali 217 facili; 3 difficili; 70 non naturali, dei quali 20 manuali, 50 istrumentali.

I sei parti bigemini si dividono in 4 unisessuali (otto maschi) e 2 bisessuali (due maschi e due femmine), dei quali nati-vivi, maschi 9, femmine 2; nati-morti, 1 maschio.

La proporzione dei parti multipli a 100 parti semplici e multipli, fu del 2.06 per cento.

La mortalità delle nostre ricoverate continua ad essere assai mite, avuto riguardo alla gravità dei casi: 9 decessi sopra 321, il 2.80 per cento, e il 3.10 calcolato sopra le 290 gravide divenute puerpere nel 1881, mentre nel 1880 fu rispettivamente di 3.28 e 3.51 e nel 1879 di 3.45 e 4.06.

L'importanza degli atti operativi eseguiti nella clinica ostetrica, viene dal sig. Prof. Chiara riassunta come segue:

Riposizione del cordone	N.	1
Forcipe allo stretto superiore	»	6
» » » inferiore	»	22
Estrazione podalica manuale	»	6
Versione	»	12
Interruzione artificiale della gravidanza a scopo medico	»	6
» » da indicazioni ostetriche	»	6
Brefotomia: sul capo	»	7
» » tronco	»	3
» » capo e tronco	»	1
Taglio cesareo metodo Porro	»	2
Isterotomatotomia	»	2
Liberazione artificiale	»	3
Perineorafia	»	2
Totale degli atti operativi	N.	79

È notevole il fatto che sulle 280 nuove entrate si ebbe ad osservare ben quattro volte la eclampsia, e sempre in soggetti albuminurici, e sette volte la emorragia da inserzione della placenta sul segmento uterino inferiore (placenta previa).

Il seguente Prospetto porge la indicazione delle ricoverate morte nel 1881 nel Comparto Partorienti, colla distinta delle lesioni per le quali si resero defunte, il numero d'ordine, lo stato civile e la età loro.

Ricoverate morte nell'anno 1881 nel Comparto Partorienti.

MALATTIE	NUMERO delle ricoverate	Stato Civile		ETÀ				TOTALE
		Legittime	Illegittime	dai 21 ai 25 anni	dai 26 ai 30 anni	dai 31 ai 35 anni	a 40 anni	
Uremia da nefrite . . .	2		1				1	1
Versamenti molteplici nei cavi sierosi	21		1				1	1
Emorragia tardiva in puerperio	64	1				1		1
Pioemia	58	1		1				1
Setticemia puerperale .	72		1	1				1
Cardiopatia organica .	135	1					1	1
Pioemia	154	1					1	1
Pleurife destra marciosa in cardiopatica con infezione palustre .	264	1					1	1
Eclampsia (uremia) . .	280		1		1			1
	1050	5	4	2	1	1	5	9
		9		9				

Il *Prospetto VII* riguarda i bambini nati ed esistenti nel Comparto Ostetrico, ed il seguente ne indica i decessi secondo il sesso e lo stato civile.

Bambini decessi nel Comparto Ostetrico nel 1881.

	SESSO				Stato civile				TOTALE
	Maschi		Femmine		Legittimi		Illegittimi		
	Legittimi	Illegittimi	Legittimi	Illegittimi	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
Bambini nati morti	13	8	17	5	13	17	8	5	
	21		22		30		13		
	43				43				43
	Legittimi	Illegittimi	Legittimi	Illegittimi	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
Bambini nati vivi e decessi nel Comparto Ostetrico .	4	5	2	1	4	2	5	1	
	9		3		6		6		
	12				12				12

Gestanti legittime a carico dei Comuni della Provincia. — Le gestanti legittime a carico del Comune e, per esso, della Congregazione di Carità di Milano, sommarono a 72, delle quali 5 esistenti al 1° del 1881, 67 nuove entrate nel corso dell'anno.

Le gestanti legittime a carico degli altri Comuni della Provincia sommarono a 30, due delle quali esistenti al 1° del 1881.

Consumarono in tutto giornate 1905, colla media dimora di giorni 18.

È da notarsi che mentre la media dimora per le ricoverate di Milano si riduce a 16 giorni, sale per le altre a 24. Ciò si spiega col fatto che le gestanti milanesi indugiano più a lungo, e talora sino a parto imminente, a recarsi all'Ospizio, che hanno, per così

dire, sotto mano, spiegando le altre, all' incontro, una maggiore sollecitudine e previdenza. Anche le dimissioni sono rese più agevoli e pronte per chi tiene casa e famiglia in Milano.

Il credito totale della Provincia per questo titolo fu esposto in L. 3,922.56, tenuta per base la diaria in L. 2 e aggiuntevi le spese di tumulazione e di rimpatrio.

Altre categorie di ricoverate paganti. — Le solventi per conto proprio o dei Comuni che, per la eventuale maggior dimora oltre il termine prescritto dal Regolamento, o per l'appartenenza a Comuni extra-provinciali o ad esteri Stati, hanno soddisfatto nell'anno 1881 l' importo relativo alla cassa dell' Ospizio, furono 8, delle quali 4 rimaste dal 1880, 4 nuove entrate.

Non vi ebbe alcuna pagante di prima classe; tutte vennero accolte a trattamento comune.

Le giornate consunte furono 118, colla media degenza a pagamento di giorni 14.

Il credito totale dell' Ospizio ammontò per questo titolo a lire 520.50, comprese le spese di tumulazione o di rinvio a domicilio delle ricoverate.

Regia Scuola di Ostetricia e Convitto Ostetrico. — Fra allieve interne ed esterne, del 1° e del 2° Corso, del 1° e del 2° semestre, risultarono inscritte nel 1881 presso la R. Scuola di Ostetricia N. 84 allieve, 20 delle quali riportarono la patente di levatrice. Cinque fra di esse furono onorate del grado *distinto*.

Quattro uditrici frequentarono la Scuola e 24 medici praticanti la Clinica Ostetrica, diretta dal sig. Prof. Cav. Domenico Chiara.

Fruirono del benefizio della istruzione a carico dell' Ospizio N. 27 figlie esposte, 6 delle quali pel corso biennale inauguratosi col novembre 1881.

Il Convitto annesso alla R. Scuola accolse 44 alunne, 17 delle quali a pagamento, come risulta dall'unito Prospetto.

E qui si arresta il mio còmpito verso l'Istituto Ostetrico, poichè dell' Ospizio Partorienti nel 1881 dirà in separata appendice il sig. Prof. Chiara, apostolo convinto e felice della profilassi antisettica (1). Mi rimarrà così l' obbligo di evasione a qualche suo *desideratum*, e il piacere di essere in debito verso un distinto collega.

---

(1) Una ultima parola *Sulla profilassi Listeriana nella Clinica Ostetrica Milanese.* -- Lettera aperta dal Prof. Cav. Domenico Chiara al signor Cav. Romolo

PROSPETTO RIASSUNTIVO

delle studenti d'Ostetricia a convitto nell'Ospizio Provinciale delle Partorienti in Milano nell'anno 1881.

Allieve-paganti, per l'anno scolastico 1880-81:			
Esistenti al 1° gennaio — Corso 2°		N. 1	
» 1°		» 6	
			N. 7
Allieve-paganti, per l'anno scolastico 1881-82:			
Entrate nell'anno — Corso 2°		N. 6	
» 1°		» 4	
			» 10
Totale Studenti-paganti			N. 17
Esposte-Studenti, ammesse gratuitamente:			
Esistenti al 1° gennaio per l'anno scolastico 1880-81:			
Corso 2°	N. 5		
» 1°	» 8		
		N. 13	
Entrate nell'anno, per l'anne scolastico 1881-82:			
Corso 2°	N. 8		
» 1°	» 6		
Sommano		» 14	
Totale esposte-studenti			» 27
Totale generale			N. 44

Griffini, Direttore del Brefotrofio Provinciale. -- Milano, Tip. Pietro Agnelli, 1881. (*Dagli Annali d'Ostetricia*).

Il signor Dott. Calderini, Prof. di ostetricia presso la R. Università di Parma,

Consuntivo dell'Ospizio. — Il Consuntivo 1881 non essendo per anco superiormente approvato, per indeclinabili necessità amministrative, all'epoca nella quale si pubblica questo Rendiconto, riferisco come per gli anni antecedenti i risultati della penultima gestione, ossia quelli del 1880. Così i lettori possono tenersi al corrente della parte finanziaria.

Il costo effettivo dell'Ospizio fu nel 1880 di L. 727,945.50. — Essendo stato preventivato dal Consiglio Provinciale in L. 727,992.50 si ebbe una minore spesa di L. 47.

Le entrate per proventi diversi e rimborsi sommarono a lire 62,477.75.

L'assegno a carico del bilancio provinciale ammontò a lire 665,467.75.

Le rette vennero stabilite come segue:

Bambini da latte. — Giornate consunte N. 435,208. — Costo giornaliero, centesimi 54,8678. — Importo totale L. 238,789.27.

Figli da pane. — Giornate consunte N. 2,154,461. — Costo giornaliero, centesimi 19.915. — Importo totale L. 429,061.

Gravide e puerpere. — Giornate consunte N. 13,424. — Costo giornaliero L. 3.37.1216. — Importo totale L. 45,255.

Allieve-levatrici. — Giornate consunte N. 5,275. — Costo giornaliero, L. 2.813.129. — Importo totale L. 14,839.26.

Le 47 lire risparmiate nel 1880 sul preventivo approvato, alla distinta Ragioneria Provinciale sembrano *poche,* fatto riflesso alle minori degenze al confronto del 1879. Ma la diminuzione delle degenze, o, per meglio dire, delle giornate consunte dalle varie categorie di assistiti, ricoverate e convittrici, in una istituzione come la nostra, non può essere presa genericamente come criterio per giudicare sulla spesa. Intanto le spese generali rimangono immutabili. Eppoi bisogna aver presente che un esposto, da latte o divezzo che sia, costa assai più nell'Ospizio, che presso balie od allevatori foresi. Ora la diminuzione di 4,342 giornate pei bam-

---

nella sua Conferenza « *Le Precauzioni antisettiche* » inserita nell'*Osservatore, Gazzetta delle Cliniche di Torino* (N. 7 e 8 del 1881) rende una giusta onoranza al nostro Ospizio, ricordando come il primo lavoro pubblicato in Italia *sulle precauzioni antisettiche in ostetricia,* inspirato ai principii di chirurgia antisettica e di medicazione alla Lister, uscì dall'Istituto Ostetrico di Santa Caterina, diretto dal sig. Prof. Chiara, per opera del sig. Dott. Alessandro Cuzzi, in allora 1° Assistente presso la Scuola e l'Ospizio di Milano, ora Prof. di Ostetricia presso la R. Università di Catania.

bini da latte e di 21,308 pei figli da pane è nel 1880 esclusivamente riferibile agli esposti collocati fuori dell'Ospizio, mentre il numero delle giornate di presenza nell'Ospizio fu maggiore nel 1880, in confronto del precedente, ossia di 11,493 contro 10,592 nel 1879 pei bambini da latte — di 8368 contro 7547 per le nutrici sedentarie — di 53,306 contro 48,122 per i figli da pane. Che se nel 1880 non fosse sopravvenuta la diminuzione anche nel numero delle giornate di presenza delle gravide e puerpere e delle allievelevatrici, anzichè una minore spesa di L. 47, se ne avrebbe avuta una maggiore di alcune migliaia di lire al confronto del preventivo votato dal Consiglio Provinciale. — Ad ogni modo, senza voler sottilizzare di troppo, la quasi perfetta corrispondenza fra lo stato di previsione e la spesa effettiva, in una azienda tanto cospicua, è risultato piuttosto singolare che raro.

Notizie varie. — L'unica opera muraria di qualche importanza eseguita nel 1881 fu la costruzione di una ballatoia in vivo, coperta alla capuccina, tra il dormitorio delle allieve ed il cesso, per evitare le esalazioni derivanti dalla troppo immediata comunicazione di questo coi locali interni. — Del resto non si fecero che piccole riparazioni di ordinaria manutenzione dei fabbricati, diverse riparazioni di trombe idrauliche, il drenaggio di un pozzo ordinario con tubi all'americana per migliorarne l'acqua, il cambio di qualche stufa inservibile e la riparazione d'altre, la ricorsa di alcuni tetti e l'incanalamento dell'acqua di quello sopra il locale dei bagni, il ristauro dell'orologio del campanile, la collocazione di campanelli elettrici in servizio del Comparto Ostetrico, lo impianto di un filo telefonico per la diretta corrispondenza fra il Brefotrofio, l'Ufficio Centrale e la Onorevole Deputazione Provinciale, non che colle diverse Ditte abbonate alla Società Generale Italiana dei Telefoni (Agenzia di Milano, Piazza Filodrammatici N. 1). — Della utilità della corrispondenza telefonica si ebbe la pronta dimostrazione in un caso d'incendio, col sollecito soccorso dei pompieri di guardia al palazzo comunale, richiesti di notte tempo a mezzo dell'Agenzia centrale.

— A provvedere alle esigenze del servizio ed all'igiene, oltre lo spurgo sistematico e l'imbiancatura dei locali, si curò la buona tenuta, la riparazione e la graduale sostituzione del mobigliare guasto ed inservibile. Fra i nuovi acquisti sono da menzionarsi: un orologio regolatore pel Comparto Ostetrico; quattro letti con

paglericci elastici in ferro, sistema Festa Teobaldo di Torino, simili al modello esposto alla mostra nazionale di Milano al N. 6524; un barometro a mercurio (presso Duroni di Milano); un polverizzatore a vapore a due getti (sistema Collin di Parigi); un polverizzatore ad un becco (presso Duroni di Torino); due polverizzatori Lister a mano; una siringa metallica grande per iniezioni parenchimatose ed altra di gomma indurita; due pompe Mayer, una verniciata ed una in ottone; diversi irrigatori; un forcipe Tarnier; un forcipe inglese piccolo (presso Lollini di Bologna); un *costrictor Braxton Hichs* (presso Gennari); alcuni *speculum*, uno bivalve ed uno pieno d'avorio; otto termometri clinici a maximum ed a minimum; una pila elettrica Bunsen e diversi elementi per altra; tre vesti impermeabili per chirurgia, ecc., ecc.

— Nel personale superiore dell'Ospizio non avvennero varianti. Dal R. Ministero della Pubblica Istruzione furono confermati in ufficio, a far data dal 16 luglio 1881, per altro triennio il signor Dott. Luigi Mangiagalli 1° Assistente e per un biennio il sig. Dott. Paolo Negri 2° Assistente presso la R. Scuola di Ostetricia. — Per una prolungata infermità, rimasto il Direttore assente dall'Ospizio con regolare permesso per ben quattro mesi, fu in tale intervallo egregiamente supplito dal Segretario, signor Costanzo Tazzini, il quale alla sua volta colpito da grave sciagura domestica, venne temporariamente sostituito dal medico Primario sig. Dott. Gaetano Casati, del pari animato da zelo al servizio, da affetto alla istituzione.

— La buona fama di cui gode l'Ospizio ha procurato anche nel 1881 alla Direzione buon numero di interpellanze e di richieste, alcune delle quali pervenute a mezzo della Onorevole Deputazione. E fu accuratamente riscontrato alle Deputazioni Provinciali di Abruzzo Ultra Primo (Teramo) e di Bergamo; alla Direzione Vaccinica della Provincia di Torino; alle Direzioni del Brefotrofio Provinciale di Catanzaro (Casa Filiale in Cotrone), dell'Ospizio per l'Infanzia Abbandonata di Genova, dell'Ospitale di S. Matteo ed Annessi Istituti di Pavia; delle Amministrazioni del Pio Istituto di Santo Spirito in Sassia ed Annesso Brefotrofio di Roma, dell'Ospizio Esposti della Provincia di Verona; del Presidente del R. Tribunale Civile e Correzionale di Milano. — Molte furono le visite delle quali venne onorato l'Ospizio, frequenti più dell'usato a cagione dello straordinario concorso promosso nella città nostra dalla Mostra Nazionale.

— Con vera soddisfazione, che sarà certo condivisa dalla Onorevole Deputazione, la Direzione ebbe notizia che l' Ospizio Provinciale degli Esposti e delle Partorienti alla Esposizione Industriale di Milano fu premiato con medaglia d'argento. — A quella Esposizione l'Ospizio figurava col proprio Regolamento organico, coi lavori preparatorî al Regolamento, coi Rendiconti a stampa dal 1870 a tutto il 1880, e colle Memorie del relatore sulla mortalità dei bambini e sulla assistenza alla infanzia abbandonata.

— Se ai nostri esposti non fu ingrata la sorte, sia per eredità, sia per donazioni, anche l'Ospizio non fu dimenticato nel 1881 e ottenne qualche somma rilevante a rifusione di spese, una fra le quali per lire 1,566.50 ed altra per lire 297.23. — Dalla nobil donna Carolina Argenti vedova Mussi, il Brefotrofio Provinciale conseguì il legato di lire dieci mila, legato che fu accettato con riconoscenza, alla unanimità, dal Consiglio Provinciale di Milano, sopra rapporto dell'Onorevole Deputato cav. Giulini nob. Giorgio, nella seduta del 24 gennaio 1882.

— È forse questa l'ultima relazione che avrò l' onore di stendere e di pubblicare, e non voglio chiuderla, senza ripetere il voto, già tante volte espresso, che venga finalmente discussa, votata, promulgata la legge sugli esposti, promessa dalla Legge Comunale e Provinciale e universalmente desiderata. — *Repetita iuvant.* — « Una legge destinata ad assicurare l'esistenza e a migliorare le condizioni di vita dei fanciulli — scrive il signor Dott. Raseri nell'opuscolo dianzi citato — aspetta fra breve dal nostro Parlamento la sua soluzione: quella che deve provvedere al mantenimento degli esposti. Non è la prima volta che si propongono riforme in questa istituzione, ma circostanze impreviste hanno finora impedito che si venisse ad una decisione. Con questa dilazione si è però ottenuto il vantaggio, che la legge non arriverà inaspettata; le opinioni emesse furono già ampiamente discusse, voci autorevoli ne hanno fatto rilevare i lati buoni e quelli più deboli, i voti di eminenti scienziati, convenuti ultimamente nel nostro paese nei Congressi internazionali di igiene e di pubblica beneficenza, hanno appianato la via nelle questioni più controverse; si può quindi avere piena fiducia che i provvedimenti da adottarsi saranno quali li richiede il vero benessere degli infelici che vi sono interessati ». — Parole d'oro, se vanno intese come foriere dei fatti. A lungo aspettare anche le promesse cadono in prescrizione. Che abbia giovato la dilazione, nol nego;

ma ora si hanno indizii manifesti che la pazienza comincia a scappare ai meno docili e rassegnati, e che al régime provvisorio subito alla meglio dalle Provincie stanno per subentrare il nichilismo e l'anarchia. Segni dei tempi sono il voto testè espresso alla quasi unanimità dalle Deputazioni Provinciali del Regno a S. E. il sig. Ministro dell' interno per iniziativa della Onorevole Deputazione Provinciale di Catania (1); la deliberazione del Consiglio Provinciale di Rovigo, in seguito al rapporto di apposita Commissione (2), di ritenersi sciolto da qualsiasi obbligazione che si volesse sorta per precedente ingerenza nel servizio e mantenimento della Casa Esposti; l' incarico dato a quella Deputazione Provinciale di uffizialmente denunziare al R. Governo che col 1° gennaio 1884 la Provincia di Rovigo non sosterrà spesa alcuna per il mantenimento degli esposti; il partito di sopprimere pel 1884 anche la Casa di Maternità. — Dinnanzi a tali manifestazioni può il Governo mantenersi impassibile, inerte spettatore? Cadrebbero però dalla parte del torto coloro che per soverchio spirito di economia, per sottigliezze filologiche o legali, pretendessero sciogliere una questione d'interesse generale con disastrose negative parziali (3). L' Italia nostra che studia, lavora, progredisce ogni giorno più; che invoca ed aspetta, a cagion d'esempio, la farmacopea generale, il codice sanitario, la legge sui mentecatti, un migliore ordinamento delle condotte mediche e delle condizioni

---

(1) Voto delle Deputazioni Provinciali del Regno a S. E. il Ministro dell' Interno circa alla legge promessa che provveda in via definitiva al servizio ed al mantenimento degli esposti. -- Catania, Tip. Galatola, 1881.

(2) Al Consiglio Provinciale di Rovigo. Relazione della Commissione incaricata di studiare e proporre provvedimenti sul servizio esposti. -- Rovigo, R. Stabilimento Tipografico Prov. di Giuseppe Visnello, 1881.

Atti del Consiglio Provinciale di Rovigo. Sessione straordinaria. Seduta del giorno 2 maggio 1881. -- Rovigo, 1881.

(3) Il Consiglio Provinciale di Novara, basandosi sul senso letterale della parola *Esposti*, voleva riserbato il Brefotrofio ai soli trovatelli propriamente detti, ossia agli abbandonati sulla pubblica via (V. Relazione Griffini per gli anni 1878-79. Milano, Stab. Giuseppe Civelli, 1880; a pag. 118). -- E il Consiglio Provinciale di Rovigo deduceva il proprio diritto dal fatto che il Governo Italiano, promulgando nelle Provincie Venete la Legge Comunale e Provinciale, aveva omesso l' allinea risguardante il mantenimento degli esposti. Ma non può egli ritenersi, secondo il parere già emesso in altra occasione dal Consiglio di Stato, che le Provincie sieno subentrate sino a nuovo ordine agli obblighi di beneficenza che dianzi spettavano al Fondo territoriale ed al Consorzio Veneto?

dei medici comunali, la profilassi della pellagra, la riduzione del prezzo del sale, l' Italia nostra saprà stendere la mano soccorritrice alla infanzia abbandonata, non ultima fra le miserie nazionali. E il tempo galantuomo vorrà concedermi d'esserne spettatore, da questa o da più serena stanza.

Come corollario alla mia rassegna voglia la Onorevole Deputazione Provinciale aggradire le espressioni della costante mia devozione e gratitudine, e quella dei miei cooperatori nella gestione dell'Ospizio Esposti e Partorienti per l'anno testè decorso.

Dott. Romolo Griffini.

Milano, 31 *marzo* 1882.

PROSPETTI STATISTICI

Num. 1.

Prospetto degli infanti di 1° ingresso nel Brefotrofio di Milano nell'anno 1881.

ILLEGITTIMI						LEGITTIMI										TOTALE	
da Milano		da altri Comuni		dalla Maternità		da Milano		da altri Comuni		dalla Maternità		Dagli Ospedali appartenenti alla Provincia di Milano		Dagli Ospedali appartenenti ad altre Provincie			
M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.
366	356	84	71	93	84	20	23	63	49	25	23	77	73	—	1	728	680
722		155		177		43		112		48		150		1		1408	
1054						354											

Num. 2.

Prospetto degli Esposti assistiti dal Brefotrofio nell'anno 1881.

	NELL'OSPIZIO				All'Esterno		TOTALE
	da latte		da pane				
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	
Esistenti al 1.° dell'anno 1881	21	25	22	101	3284	3505	6958
Entrati nell'anno 1881	716	664	12	16			1408
» oltre il 15° anno riammessi per ragione di tutela			13	60			73
	737	689	47	177	3284	3505	
	1426		224		6789		8439

Num. 3.

Bilancio degli Esposti pervenuti e scaricati nell'anno 1881.

Infanti di nuovo ingresso.	N.	1408	
Esposti già abdicati e riammessi per ragione di assistenza e di tutela	»	73	
		N.	1481
Morti	N.	697	
Consegnati ai parenti.	»	643	
Abdicati	»	427	
		N.	1467
Lo Stabilimento relativamente al numero avrebbe un aumento di	»		14

Prospetto di scarico e movimento generale dell' anno 1881.

ABDICATI		Consegnati ai genitori				MORTI								RIMASTI AL 31 DICEMBRE 1881								TOTALE
						nell'Ospizio				all' Esterno				nell'Ospizio				all' Esterno				
		da latte		da pane		da latte		da pane		da latte		da pane		da latte		da pane		da latte		da pane		
M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	
175	252	34	35	132	142	84	58	27	23	159	159	99	88	11	11	38	96	565	504	2744	3003	
		69		274		142		50		318		187		22		134		1069		5744		
						192				505				156				6816				
427		343				697								6972								8439

Num. 5.

Movimento interno dell'Ospizio Provinciale degli Esposti per l'anno 1881.

ESISTENTI al primo dell'anno 1881		ACCETTATI nell'anno 1881		RESI dall'Esterno		TOTALE	PASSATI all'Esterno		ABDICATI presso Allevatori foresi	CONSEGNATI ai genitori		MORTI		RIMASTI alla fine dell'anno 1881		TOTALE
da latte	da pane	da latte	da pane	da latte	da pane		da latte	da pane	ricollocati	da latte	da pane	da latte	da pane	da latte	da pane	
46	123	1380	28	176	1030		1369	570	153	69	274	142	50	22	134	
169		1408		1206		2783	2092			343		192		156		2783

Num. 6.

Gravide e puerpere.

Esistenti al primo dell'anno 1881	Accettate	TOTALE	Uscite senza sgravarsi	Dimesse dopo il parto	Morte	Rimaste alla fine dell'anno 1881	TOTALE
41 (1)	280	321	6	289	9	17 (2)	321

(1) Delle quali 26 gravide e 15 puerpere
(2) Delle quali 10 gravide e 7 puerpere

Num. 7.

Bambini nel Comparto Ostetrico

Esistenti al primo dell'anno 1881	Nati nel Comparto Ostetrico	TOTALE	Passati fra gli Esposti	Ritirati dalla madre	Nati morti o prematuri	Morti nel Comparto Ostetrico	Rimasti alla fine dell'anno 1881	TOTALE
4	295	299	225	17	43	12	2	299

BREVE RELAZIONE

INTORNO

ALL'ANNO CLINICO 1881 NEL COMPARTIMENTO OSTETRICO

Al signor Direttore dell'Ospizio provinciale degli Esposti e delle Partorienti.

Egregio signor Direttore,

Nella mia lettera scritta per la S. V. e stampata nel Vol. III, Num. 3 e 4, Anno 1881, degli *Annali di Ostetricia*, della quale unisco una copia, premesso a pag. 7 uno specchietto dimostrante diminuita la morbilità e mortalità per il biennio 1879-1880 in confronto del biennio precedente, io scriveva nella pagina seguente: « Se noi portiamo l'analisi nelle cause della mortalità, » e teniamo conto soltanto, come è nostro diritto, e come si usa » altrove, della *infezione puerperale*, troveremo che la cifra del- » l'ultimo biennio si approssima a quella che si potria giudicare » come l'indice del minimo raggiungibile ne' piccoli ospizi di » maternità. La cifra trovata è 1,7 % per cui l'ospizio nostro » (io aggiungeva) regge bene il confronto con quelle cliniche » straniere (di proposito scrivo *cliniche* per ricordare sempre che » la istruzione ostetrica è un potente fattore di morbilità), le quali » vantano una bassa mortalità, nè *fa tanto trista figura*, in con- » fronto con la istessa cura o assistenza a domicilio rurale o » cittadino, che molti proclamano l'ideale della profilassi antiset- » tica!.... »

. . . . . Donde la conclusione della mia lettera che suona « essere mia convinzione, che va facendosi ogni dì » più radicata, che gli ospizi di maternità non meritano siano » demoliti, perchè combattendo saviamente, con diligenza, con » energia, con pedanteria la infezione, si possono mantenere degni

» della loro *qualifica* di maternità; e che il servizio a domicilio
» non deve osteggiare gli ospizi, ma concorrere armonicamente
» con questi onde assicurare il conseguimento dello scopo per
» cui sono l'uno e gli altri. » — Orbene, spirato appena l'anno clinico 1881, mi prese vaghezza d'investigare fin dove fossero ad esso applicabili le affermazioni e conclusioni ch'io avevo tratto dall'esame degli anni antecedenti, specie in riguardo alla profilassi contro la infezione. Gli è come dire che posi mano a una specie di rendiconto del quale traccio qui per la S. V. le grandi linee, avendo specialissimo pensiero alla profilassi antisettica e suoi effetti, fiducioso di fare a lei cosa non sgradita, e giovare ad un tempo al nostro compartimento ostetrico. E prim'ancora di addentrarmi nelle cifre proprie del rendiconto, desidero sottoporre all'apprezzamento della S. V. talune considerazioni sul numero annuale de' parti che avvengono in quest'ospizio e ch'ella sa oscillare tra 280 e 300.

Gli studi fatti nell'ultimo decennio intorno la etiologia e patogenesi de' processi puerperali, e la igiene tanto delle cliniche ostetriche, quanto degli ospizi ne' quali s'impartisce la istruzione ostetrico-pratica, mise fuori dubbio un fatto che apparentemente ripugna, e cioè che la morbilità e mortalità puerperali stanno, ne' detti istituti, in ragione inversa del numero de' parti, o se vuolsi meglio, del numero delle donne che costituiscono *il materiale* didattico. Nella lettera 6ª del *Quà e là per il registro clinico dell'anno* 1878, studiai codesto argomento e m'industriai mettere in mostra quelle che mi parvero le ragioni più convincenti per cui è il fatto, apparentemente strano, della proporzione inversa tra numero de' parti e procento della morbilità e mortalità: pertanto se alla S. V. piacerà di rivedere le dette ragioni potrà consultare l'accennata lettera; io schivo così non utili ripetizioni. Pur pure m'è forza toccare ancora, ma da un altro lato, questo soggetto, appunto perchè il numero dei parti ha per il nostro compartimento ostetrico ch'è pure istituto didattico, una sì alta importanza igienica. Questo numero, mi permetta dirlo senza giri di parole, è assai piccolo, troppo piccolo poi ora che il regolamento per le scuole di ostetricia del 10 febbraio 1876, portando la durata della istruzione ostetrica teorico-pratica a 2 anni (1), *ha*

(1) Io considero quale un progresso della nostra legislazione scolastica l'art. 25 del citato regolamento che porta la durata del corso pratico per le aspiranti le-

duplicato di fatto il numero annuale delle allieve, donde la necessità di un *materiale* didattico più copioso.... necessità che apparirà maggiore cui ricordi che l'insegnamento pratico vuol essere, per forza di regolamento, contemporaneo per tutte le alunne de' due corsi. Accettiamo, se vuole, come media delle allieve della nostra scuola la cifra 60 (è superiore), e come media de' parti la cifra 300, ripartendo questi a 25 per mese; accettiamo queste, dico, cifre e la S. V. vedrà tosto che il numero dei parti lascia a desiderare come copia di materiale didattico; difatti questo materiale, durando l'anno scolastico non più di otto mesi, sarebbe rappresentato da 200 parti per 60 allieve, cioè 3,33 per ciascuna, e per i due anni 6,66 (1). Ma se sta nel vero quanto la comune degli ostetrici pensa relativamente al piccolo numero dei parti rispetto alla morbilità e mortalità, la S. V. potrà vederci una prova che anche da questo lato il numero annuale dei parti è nel nostro compartimento patentemente inadeguato. Sarebbe per avventura modo di ovviare a questo inconveniente senza gravare la mano sul bilancio provinciale? Io lo credo quando venisse adottato un sistema che moltiplicasse il numero delle ricoverate in travaglio o prossime al parto,

---

vatrici a due anni, in quella che lo stesso regolamento imponendo un esame di ammissione sul programma ufficiale della terza elementare, tende allo scopo di avere aspiranti fornite di una qualche coltura letteraria. Con questo io vengo a dissentire apertamente dall'avviso del Dott. Vincenzo Maggioli che in un suo scritto dal titolo: *Relazione a S. E. il Ministro della Pubblica Istruzione sullo stato e progresso degli studi d'ostetricia e ginecologia all'estero,* si mostra, direi, entusiasta del sistema di *educazione* ostetrica per le levatrici che si segue *al di là della Manica* e in Germania. Egli teme che una più ampia istruzione quale si impartisce in Francia e in Italia non abbia altro effetto che di rendere le levatrici presuntuose e faccia cosa *naturale che non sappiano sempre mantenersi al posto semplice d'assistenza che sarebbe il più adatto ed invece credono inferiore al loro sapere.* Ho sempre creduto e credo tuttora che l'ignoranza e l'empirismo siano elementi produttori di prosunzione assai più efficaci che la educazione ed istruzione; d'altro lato conosco da molti anni e assai bene (almeno credo) e come pratico e come insegnante la classe delle mammane per affermare *che il saper astenersi dal fare* limitandosi alla semplice assistenza è nelle levatrici in ragione inversa dell'empirismo e diretta della istruzione pratica illuminata dalla teoretica.

Disposto, se vuolsi, ad ammettere che quello delle levatrici sia un male necessario, sono convinto che il modo migliore di palliare il male sia ancora il sistema d'istruzione latino e non quello anglo-tedesco che piace al Dott. Vincenzo Maggioli.

(1) Col turno di guardia di 6 allieve il numero dei parti veduti è sestuplicato; ma vedere non *è assistere;* la cifra 6,66 rappresenta il numero dei parti assistiti dall'alunna come levatrice.

diminuendo ad un tempo il numero delle ricoverate ancora lontane dal termine, e rendesse per tutte più desiderata l'ammissione col semplificare, dandogli anche più mistero, il *rouage* burocratico necessario per ottenere il ricovero nell'ospizio; naturalmente la S. V. è pienamente libera nello apprezzare queste mie idee che potrebbero anch'essere giudicate punto pratiche, o inattuabili.... ed entro in materia. — Ne' dodici mesi dell'anno 1881 furono accolte N. 280 gravide che sommate alle 26 preesistenti nell'ultimo dì del dicembre 1880, danno il totale di 306; di queste 6 lasciarono l'ospizio prima del parto, e 10 rimanevano gravide fino alla mezzanotte del 31 dicembre 1881; ne viene che il numero dei parti per l'anno decorso fu di 290. Di questi nel rispetto dell'epoca 11 furono abortivi, 47 prematuri e 232 maturi; per il modo 220 naturali o spontanei, e 70 *artificiali;* e quanto al numero dei feti, 284 furono semplici e 6 gemellari; per altro il numero de' bambini risultò soltanto di 295, perchè una donna, sgravatasi del feto a domicilio, venne accolta nell'ospizio per il solo secondamento.

Tra gli accidenti che sogliono presentarsi nello stato di maternità (gravidanza, parto, puerperio), si osservò ben 7 volte quello gravissimo della emorragia da *placenta previa* (numero straordinariamente alto), 5 volte quello non meno grave ch'è la *uremia eclampsica,* e 1 volta la *uremia dispnoica,* e in donne tutte albuminuriche prima della manifestazione uremica.

I parti artificiali s'hanno a dividere in strumentali N. 50, e manuali N. 20, e domandarono complessivamente 79 atti operativi. Prima di analizzare questi atti, ed esporne gli esiti che furono soddisfacentissimi, vediamo brevemente quel che concerne al puerperio, stato nel quale di regola è meglio disposto il terreno organico per le prove della infezione. Divido i puerperi in apiretici, o assolutamente fisiologici, in relativamente normali, o lievemente febbrili perchè l'ascesa termica fu piccola (da 38° a 39°) e durò poco tempo; questi puerperi nella pratica comune, e senza la osservazione termometrica conterrebbero tutti tra i regolari; in puerperi febbrili con manifeste localizzazioni di natura infettiva, e puerperi morbosi per malattia comune non puerperale nè infettiva.

I puerperii semplicemente febbrili, senza localizzazione manifesta, e che, senza la osservazione termometrica, grazie alla mitezza della febbre sarebbero classati nei regolari furono 48; trascuran-

doli non si fa ingiuria alla statistica nè alla logica, tanto meno in quanto non richiesero rimedi, nè aumentarono la spedalità, permettendo di congedare le donne all'epoca solita, quella che si segue nei puerperii assolutamente fisiologici. I puerperii febbrili con localizzazioni da infezione sommarono a 25 così ripartiti:

Difterite vulvo-vaginale	2
Difterite vulvo-vaginale con endometrite .	7
Endometrite sola o con qualche punto di parametrite	12
Metro-flebite	1
Metro-flebite con flebite crurale	1
Settico-pioemia	1
Pioemia	1
Totale	25

che si possono dividere per la prognosi in 21 leggieri e 4 gravi; ragguagliandoli al numero dei parti si ha la proporzione di 8,6 % circa di processi puerperali infettivi.

I morbi comuni acuti o cronici, generali o locali, specifici, medici o chirurgici, ma non dovuti a infezione puerperale sono rappresentati dalla cifra 43 composta come segue:

Mastite suppurata (per allattamento) . . .	2
Ingorgo infiammatorio (idem)	9
Ragadi ai capezzoli	4
Involuzione lenta	3
Sifilide secondaria	3
Sifilide terziaria (cerebrale)	1
Catarro bronchiale semplice	2
Tubercolosi polmonare	1
Cistîte catarrale	1
Albuminuria	5
Albuminuria e nefrite parenchimale	2
Albuminuria, nefrite ed eclampsia	5
Oligocitemia febbrile	1
Anemia acuta (mortale) da emorragia . . .	1
Idroemia	1
Cardiopatia organica, tumore di milza e pleurite	1
Pleurite marciosa	1
Totale	43

Riassumendo possiamo fare per l'anno 1881 il seguente specchietto:

Morbilità generale o complessiva	40 %
Morbilità speciale (puerperale) tenendo conto anche delle minime variazioni termiche . . .	25 %
Morbilità da infezione con localizzazioni (quella che più importa)	8,66 %

Se alla S. V. piacerà confrontare queste cifre con quelle corrispondenti e relative agli anni andati troverà differenze che sono a vantaggio dell'anno 1881.

Discorso così di quanto m'è parso più degno di attenzione nell'argomento della *morbilità*, diamo uno sguardo all'altro assai più importante, quello della *mortalità*.

Delle 290 sgravatesi, come vedemmo, nell'anno decorso, ebbero a soccombere 9, ciò che porta la mortalità generale a pochissimo più del 3 %. Questa cifra notevolmente inferiore a quella degli anni anteriori al 1879 (che segna l' epoca in cui cominciò a funzionare regolarmente e con più rigore la profilassi antisettica) è pur minore al procento dell'anno 1880; v' ha dunque progresso anche da questo lato.

Per altro se questa cifra 3 % dovesse rappresentare la media, o il centro di oscillazioni abituali lievemente più alte o più basse, o rappresentare il tributo annuo che si paga nel nostro compartimento *alla infezione puerperale*, questa cifra dico, sebbene di $^2/_3$ più bassa che il procento medio degli anni anteriori al 1879, sarebbe tuttora più alta di quanto una bene intesa, meglio applicata, e veramente efficace profilassi ne dà il diritto di aspettarci. Mette conto adunque si analizzino le cause della mortalità per rilevare quanto di accidentale sia in esse, non che il tributo che viene alla detta cifra da quello che per brevità di linguaggio chiamerò ancora trauma operativo, e di quello *che scaturisce dalla infezione,* di cui sola s' ha a tenere parola nel ventilare gli effetti che ragionevolmente si vogliono attribuire alla profilassi da noi seguita: ecco pertanto un breve sunto della stòria riferentesi a ciascuna delle 9 puerpere morte.

1.ª — N. 2 del reg. 1881. — Donna albuminurica e gravemente anasarcatica; con l' intento di migliorarne le condizioni morbose

s' interrompe ad arte la gravidanza nel 9° mese; sull'esordio del periodo espulsivo, e quando la testa del feto è nello scavo *insorge gravissimo accesso dispnoico;* si estrae tosto il feto con il forcipe, ma la partoriente non ne risente benefizio; 30 minuti dopo l'accesso la poveretta era cadavere. L'autopsia mostrò *grave nefrite parenchimatosa.*

2.ª — N. 21 del reg. 1881. — Gravida molto denutrita, oligocitemica in modo spinto e *albuminurica.* Viene artificialmente interrotta la gravidanza con il fine di arrestare la progressiva oligoemia e albuminuria, ma inutilmente. — Le forze e la nutrizione vanno scadendo in modo continuo e progressivo, si fanno versamenti molteplici nelle sierose e ne consegue la morte.

3.ª — N. 135 del reg. 1881. — Cardiopatica da molti anni e pluripara; viene accolta d'urgenza gravida di 5 mesi; stato minaccioso per *asistolia;* s'interrompe ad arte la gravidanza nello intento di scongiurare l'esito letale ch' era imminente; v' ha breve miglioramento dopo il parto, e poi morte quasi subitanea.

4.ª — N. 64 del reg. 1881. — Partoriente portata in clinica dopo subiti a domicilio ripetuti tentativi di rivolgimento per presentazione di spalla. Durante le manovre per liberarla emorragia grave da lacerazione del collo uterino. Appena giunta nell'ospizio è liberata con prontezza e facilmente. Le cose procedono bene sino al 3° dì del puerperio, quando si ripete la perdita che sebbene modica (300 grammi), riesce fatale a cagione della grave ipoemia preesistente. L'autopsia fece vedere al fondo di vasta lacerazione del collo uterino un grosso vaso estroflesso e beante.

5.ª — N. 264 del registro 1881. — Pluripara che viene portata nell'ospizio in travaglio e gravemente dispnoica L'esame statico rileva « insufficienza della mitrale e il cavo pleurico destro tutto » ingombro da essudato liquido che dopo la seconda toracentesi » si fa purulento; si riscontra pure grosso tumore di milza. » Si accelera il parto con la rottura artificiale delle membrane. La puerpera soccombe nel 2° giorno, e l' autopsia confermò la diagnosi; la milza ipertrofica e aderente al fegato pesava gr. 900.

6.ª — N. 280 del reg. 1881. — Albuminuria grave con uremia cerebrale vaso motoria, o prodromi della eclampsia; questa scoppia

qualche tempo dopo, e quando, avviato il travaglio, la testa del feto è nello scavo di dove si estrae con il forcipe. Ancora 6 accessi dopo il parto, e poi coma che dura fino alla morte.

7.ª — N. 72 del registro 1881. — Lieve stenosi pelvica; parto languido e minaccia nella vita del feto. Forcipe che produce una estesa lacerazione vaginale; settico-pioemia e morte.

8.ª — N. 58 del reg. 1881. — Gravidanza gemella: parto spontaneo, a domicilio, del 1° feto. Il 2° presentasi con la spalla; tentativi a domicilio con la mano e con strumenti per liberarla, ma invano. È tradotta nell'ospizio dove si sgrava, con la evoluzione spontanea, di un feto putrefatto. La puerpera che già in travaglio presentava fenomeni d'infezione, muore di questa dopo un puerperio burrascoso. All'autopsia si trovano molti ascessi natastatici ne' reni.

9.ª — N. 154 del reg. 1881. — Donna gravemente anemica per emorragia da placenta previa sofferta *domo sua*. Zaffamento vaginale, poi rottura delle membrane seguita dal distacco della placenta. La emorragia non si ripete, ma la donna è già febbricitante; intanto il feto muore per procidenza del cordone, e lo si estrae con il cranioclaste. Metro-flebite e flebite crurale seguita dal rammollimento del trombo. Morte.

E così resta dimostrato che, delle 9 morti, 6 devono attribuirsi a forme mediche comuni, e 3 soltanto alla infezione puerperale; questo numero ragguagliato a quello de' parti ci dà il procento di 1,03; quello del biennio 1879-1880 fu di 1,7; adunque per l'anno 1881 minore la mortalità generale, o complessiva, minore quella speciale o *per infezione* contro cui appunto combattiamo con la profilassi listeriana. Ponga poi mente la S. V. che non invocai le attenuanti « gravità di certi processi morbosi - frequenza » di alcuni accidenti universalmente reputati gravi (placenta previa 7, uremia 6), nè feci cenno alcuno del trauma operativo cui si continua concedere molto posto tra i momenti causali della morbilità e mortalità. Non si creda per altro che questo silenzio esprima il piccolo numero e la poca o niuna importanza delle operazioni fatte; queste che ascendono, come dissi, a 70, e domandarono 79 atti operativi, sono indicate nel seguente elenco:

Riposizione del cordone		1
Forcipe allo stretto superiore		6
Forcipe nello scavo o piano perineale		22
Estrazione podalica manuale		6
Versione podalica interna		12
Interruzione artificiale della gravidanza per iscopo medico		6
Interruzione artificiale della gravidanza per iscopo ostetrico		6
Brefotomia	sul capo	7
	sul tronco	3
	sul capo e tronco	1
		11
Taglio cesareo seguito dall'amputaz. ovaro-uterina		2
Isterostomatotomia		2
Liberazione artificiale		3
Perineorafia		2

Dividendo le operazioni fatte in

Facili e non pericolose,

Difficili e pericolose,

Facili e pericolose,

troviamo che 45 appartengono alla 1ª categoria, 32 alla 2ª e 2 alla 3ª

La prima categoria comprende le applicazioni di forcipe nello scavo e allo stretto inferiore, la estrazione manuale podalica la interruzione artificiale della gravidanza, la isterostomatotomia e la perineorafia.

Nella seconda debbono mettersi l'applicazione del forcipe allo stretto superiore, la versione interna podalica o rivolgimento, e la embriotomia.

Nella terza infine metto il taglio cesareo classico o modificato.

Fatta questa divisione, ritorniamo alle morte mettendole in rapporto con le operazioni fatte, noi troveremo le donne segnate 1, 2 e 3, morte dopo la interruzione artificiale della gravidanza indicata dalle gravi complicanze di questa; la donna segnata 4, che liberata con il rivolgimento muore nel terzo giorno di puerperio per emorragia; la donna segnata 6, liberata col forcipe per eclampsia, muore di questa; la donna num. 7, liberata con il forcipe muore di setticemia, e la 9, liberata con il cranioclaste, che muore di flebite.

La nefrite parenchimatosa in due,
La eclampsia in una,
La flebite consecutiva alla placenta previa in una,
L'anemia per lacerazione uterina e ripetizione della emorragia in una,

danno più che sufficiente ragione della morte senza cagionarne l'atto chirurgico; ma voglio respingere la ragionevolissima attenuante, e ripetendo che il forcipe venne applicato 28 volte,

Il rivolgimento praticato 12 volte,

Il parto prematuro artificiale 12 volte, e la embriotomia fatta 11 volte; ricordando che delle donne liberate con il forcipe due morirono, che soccombette *una* tra le liberate con il rivolgimento ne morirono tre tra quelle in cui fu interrotta ad arte la gravidanza, e *una* morì tra quelle liberate con la embriotomia, si ottiene il seguente prospettino:

Mortalità.

Forcipe	7	per cento
Rivolgimento	8,3	»
Parto prematuro artific.	25 (1)	»
Embriotomia	9	»

Nessuna donna ebbe a morire tra quelle liberate con operazioni facili e non pericolose, nessuna soccombette delle due operate di taglio cesareo, ed ora se cerchiamo il procento della mortalità generale per le operazioni, lo troviamo nella proporzione

$$79 : 7 :: 100 : \times = 8,7\ \%$$

Queste cifre, tanto le analitiche quanto l'ultima, la sintetica, sono soddisfacenti e divengono soddisfacentissime, per cui voglia ricordare che delle 7 morte tra le operate, 4 *dovevano necessariamente soccombere* al processo morboso per il quale si pose mano allo strumento e 1 soccombette alla emorragia tardiva da una lacerazione uterina non imputabile all'operatore ultimo, quello che liberò la donna. E la soddisfazione si fa maggiore ove si rifletta che delle 31 donne liberate con operazioni difficili e peri-

(1) A quest'alta cifra-indice della mortalità del parto prematuro non partecipa quello fatto per stenosi pelvica; s'aggiunga che le morti non sono da attribuirsi, per nulla, all'atto operativo, come risulta dalla natura e gravità delle malattie che fecero indicazione all'atto chirurgico.

colose, o facili ma pericolosissime (6 forcipi allo stretto superiore, 12 rivolgimenti, 11 embriotomie, 2 tagli cesarei), 2 soltanto ebbero a morire, quella liberata con il rivolgimento e morta di emorragia tardiva, e l'altra liberata con il cranioclaste dopo staccata la placenta previa. E qui mi permetta la S. V. ricordare e ripetere quanto ebbi a dire in una mia conferenza (1) *sulla embriotomia,* questa operazione che anche i libri più recenti persistono a giudicare grave. « V'hanno scrittori che calcolano la mortalità della embriotomia come noi la comprendiamo da 38 a 50 per cento; la media da me datavi sia 10, sia 20 per cento, così lontana dalle nere cifre ammesse dagli accennati scrittori, dovrebbe apparirvi bassa molto, molto soddisfacente, tale insomma da legittimare un certo sentimento d'orgoglio. Ciò io non ammetto, avvegnachè teoricamente intesa la questione, e supposto si faccia sempre la embriotomia seguendo le giuste indicazioni, e a caso vergine, la mortalità della operazione dovrebb'essere assai più bassa, superiore di poco al parto naturale, o uguale a quella del forcipe non collocato sullo stretto superiore per vincere una stenosi pelvica. In questi casi la mortalità del forcipe è *nihil,* scrive Barnes; perchè quella di un processo embriotomico dovrebbe salire alto? » Seguono considerazioni relative poi continuo: « Queste autorizzano la sentenza che la embriotomia fatta in tempo e fatta bene, dev'essere una operazione non grave, assai meno grave per sè di quanto la fanno le statistiche, per le quali diventa un vero Cireneo a benefizio del rivolgimento o del forcipe, molto meno grave del forcipe sullo stretto superiore o del rivolgimento quando per questo non è più possibile la scelta dell'ora e delle condizioni. » Gli è quanto conferma la statistica della embriotomia nell'anno 1881 trovata di 9 per cento, ovvero 1 su 11, e quest'una morta molto più per la placenta previa che per il cranioclaste con cui si faceva la estrazione del feto!

Rispetto al taglio cesareo completato con la *ovaro-isterectomia,* Ella, signor direttore, ricorderà che dal dicembre 1877 a tutt'oggi quest'operazione fu nel nostro compartimento praticata 8 volte; 6 donne guarirono, donde la lievissima mortalità del 25 per cento; dico lievissima, perchè quella complessiva o generale è tuttora molto alta: 58 per cento! La differenza è sí forte, i risultamenti

---

(1) Le indicazioni della embriotomia. Vedi nella *Raccolta di letture italiane sulla medicina,* diretta dal prof. G. Bizzozero, lettura n. 4, vol. I.

nostri sono così buoni da superare l'aspettativa degli ottimistii. Gli è forse perciò che taluni emettono dubbi, direi anzi che contestano la veridicità dei nostri atti..... non in Italia per altro, nè in Europa, ma nell'America! Voglia la S. V. leggere la seguente lettera scritta da Filadelfia or fanno pochi dì al Dott. Negri, medico secondo assistente; vi troverà la prova e di quanto affermo e della importanza e bontà dei nostri successi ostetrici.

329, S. 12th street — Philadelphia.
January, 27th 1882.

Dear D.r Negri,

Many thanks to you for the photographs and records of the last two successes of Santa Caterina hospital. I have now all the proofs and material for a paper which I propose to publish, entitled « The possibilities of the Porro-cæsarean section, as shown by the remarkable series of successes in the Santa Caterina hospital of Milan. » Tell prof. Chiara that his letter of december 26 th arrived yesterday, and was just what I wanted to complete the facts for the above paper. *Some men here are inclined to be incredulous about Italian progress in surgery; but there is no getting over the pictures and the cicatrices of the women.* I have 5 photographs and there are three photo-litographs in the Annali Universali. With many hopes for the future of italian surgery. I remain

Iours very sincerely
ROBERT D. HARRIS M. D.

329, S. 12ª strada — Filadelfia.
Gennajo 27, 1882.

Caro Dott. Negri,

Vi ringrazio vivamente delle fotografie e note relative ai due ultimi felici successi di Santa Caterina. Con ciò io mi trovo in possesso degli elementi necessari per una memoria dal titolo: « Le possibilità del buon esito della sezione cesarea secondo il metodo Porro dimostrate dalla rimarchevole serie di successi felici nell'Ospizio di Santa Caterina in Milano. » Dite al prof. Chiara che la sua lettera del 26 dicembre mi giunse jeri, ed era proprio quanto ancora mi mancava onde completare il materiale per la

suddetta memoria. V'hanno qui, da noi, colleghi che si mostrano increduli circa i progressi della chirurgia italiana; ma di fronte alle fotografie o disegni, e alle cicatrici delle donne, non v' ha più luogo al dubbio: io tengo 5 fotografie, e 3 foto-litografie sono negli Annali universali di medicina. Faccio i migliori auguri all'avvenire della chirurgia italiana e mi confermo vostro

ROBERT HARRIS M. D.
(*Medico*)

Gli è certo che al conseguimento di cotesti ottimi risultamenti molto contribuirono la maggiore esperienza portata dagli anni e il miglioramento progressivo dei metodi e degli strumenti; ma ove si consideri che alla grande abilità dei nostri predecessori, non corrispondevano sì buoni effetti, gli è forza conchiudere che

buona parte del merito debba darsi alla profilassi antisettica, conclusione questa che apparirà indiscutibile cui ricordi che la diminuzione della morbilità e mortalità puerperale da infezione, nonchè la bassa mortalità degli atti operativi, da noi si svolsero gradatamente progredendo sempre in modo armonico e correlativo al progrediente rigore col quale noi seguivamo a praticare la profilassi listeriana.

Io spero dunque che la S. V., la quale compendia, direi così, l'amministrazione di quest'Ospizio, vorrà trovare negli accennati risultamenti condegno compenso a quei sacrifizi che la istituzione della profilassi listeriana può aver imposto al bilancio provinciale e attingervi elementi di buone disposizioni per assecondare, ove occorra, lo scrivente nell'opera assidua di migliorare la igiene del nostro compartimento ostetrico nell'intento di avvicinarla ognora più a quell'ideale che è nel suo come nel pensiero del sottoscritto.

Con la debita stima della S. V.

Devotissimo
D. CHIARA.

Milano, 3 febbrajo 1882.

ALCUNE OSSERVAZIONI DI GINECOLOGIA OPERATIVA

PER IL

Dottor ARTURO RAFFA

I.

Due operazioni di fistola cisto-utero-vaginale.

Fra i vari metodi di curare le fistole vescico-vaginali certamente il preferito è quello che viene caratterizzato dall'avvivamento sanguinante e della sutura. Non mancano però sostenitori, anche oggidì, dell'uso dei caustici e perfino di complicati sistemi di avvivamento granuloso con suture e strani istrumenti unitivi.

La cruentazione e sutura, per me la *vera* operazione delle fistole vescico-vaginali, quantunque la più accettata e dai chirurghi e dai ginecologi, pure non è ancora tanto diffusa come meriterebbe.

L'indicazione sua tende a combattere l'affezione la più schifosa, dacchè la donna che non venga opportunamente curata, è condannata a destar nausea a sè e ad quelli che l'avvicinano, per di più soffrendo per il liquido irritante che di continuo irrora le sue coscie.

Fra le operazioni di autoplastica, è, quella di tali fistole, da un lato delle più facili ad eseguirsi, ma certo la più nojosa per il chirurgo ed assistenti, dall'altro di nessun pericolo e poco dolore, ma penosa per quelle operate che non vengono anestetizzate.

Per comprendere poi meglio perchè non venga fin'ora da tutti i chirurghi intrapresa, specialmente nelle campagne, basterà ricordare che fra le operazioni plastiche è quella che dà più spesso il massimo degli sconforti, chè non succedendo la immediata e completa adesione si sarà perduto inutilmente tanto tempo, tanto

studio attento e penoso, si avrà procurato tanti dolori, costretti poi a proporre di ripigliare da capo senza poter troppo promettere.

Ogni chirurgo ha il suo metodo particolare di operare, vuoi riguardo agli speculi, vuoi riguardo agli aghi, vuoi al filo di sutura od annessi alla medesima.

Anche per quest'operazione alcuni vollero innalzare al meraviglioso questo o quel dettaglio, altri presentare strumenti buoni solo per essi e morti coll'inventore.

Non parlerò di alcuno dei metodi, perchè non lo consentirebbe il modesto scopo di questo scritto, che tende solo a descrivere quello da me ultimamente messo in pratica.

Nel far conoscere la tecnica operatoria che usai, mio solo fine è quello di mostrare come può essere alla portata anche dei medici, che non appartengono agli Spedali, e così favorirne la diffusione.

Ho cercato ridurre quest'atto operativo alla massima sua semplicità. Ajutato da mezzi, che ogni medico può facilmente avere, ho sperimentata una sutura facile e che può soddisfare al maggior numero delle esigenze volute dalle più comuni fistole vescico-vaginali.

Trattasi dell'applicazione di una sutura incavigliata i sostegni o caviglie della quale abbiano, come precipua dote, una conveniente flessibilità.

Trascurerò di fare la descrizione sistematica dell'atto operativo, ma invece esporrò i due casi. Così si avrà la cognizione della sutura e se ne comprenderà il buono dai risultati ottenuti in due ampie fistole cisto-utero-vaginali.

M. L., villica di Arquà Polesine, di anni 26, è donna sana e robusta. A 21 anni ebbe un parto regolare; due anni dopo un secondo lungo e doloroso, ma che si compì colle sole forze naturali; ne seguì immediatamente la completa perdita dell'urina a goccia continua.

Due mesi dopo questo parto, nell'ottobre 1876, veniva operata in uno Spedale da esperto Chirurgo, di fistola vescico-vaginale con la cruentazione e sutura metallica, ma senza risultato. Ventiquattro giorni dopo veniva rioperata collo stesso metodo e con egual risultato.

Al principio del 1880 mi si presentò mentre dava ancora il latte

ad un suo bambino nato otto mesi innanzi felicemente. Esaminatala, proposi di operarla quando avesse divezzato il bambino.

Il 24 luglio lasciò il bambino ed entrò nello Spedale di Rovigo, mentre aveva ancora le mammelle ricche di latte, che in pochi giorni andò scomparendo.

Frattanto all'esame vien constatata una vasta comunicazione di forma ovale e del diametro massimo antero-posteriore da lasciar passare liberamente due dita; il suo confine superiore cade nel labbro anteriore dell' utero, che offre una perdita di sostanza a guisa di incisura, la quale forma parte del contorno della fistola stessa. La mucosa apparisce ovunque normale, solo quella della vescica che prolassa arrovesciata è alquanto iperemica. Collo speculo applicato si osserva alla distanza di 6 o 7 millimetri dal margine sinistro della fistola sul tessuto vaginale, una specie di papilla dal cui centro geme di continuo un liquido simile all'urina.

Introdottovi un lungo specillo per la lunghezza e direzione mi convinco trattarsi dell'uretere sinistro con lo sbocco suo vescicale ectopico. Si nota che nel dirigersi in alto si allontana subito dalla superficie esterna della mucosa vaginale rendendo possibile la cruentazione efficace della vagina all'esterno del suo sbocco e possibilità dell' introflessione (fig. 1, *a*).

Il giorno 16 agosto passai all' atto operativo assistito da Egregi Colleghi.

Posizione dorsale, bacino elevato, coscie flesse ad angolo retto, lo speculo di Simon, N. 1, spinge la faccia posteriore della vagina e l'ampolla rettale nell'escavazione del sacro, mettendo in piena luce la faccia anteriore della vagina ed il collo uterino, e quindi tutta la fistola. Praticai, come di metodo, coll' uso di lunga pinzetta e della forbice a cucchiaio l'esportazione di una bandeletta di quella mucosa vaginale che forma il contorno alla fistola; solo arrivato a sinistra mi allontanai dall'orlo della fistola ed avvivai la mucosa vaginale allo esterno dello sbocco dell' uretere (Vedi fig. 1, *b*).

La cruentazione durò circa un'ora e mezzo e fu così lunga specialmente per la difficoltà incontrata nell' escidere il tessuto cicatriziale del labbro anteriore dell'utero.

Completato questo primo importante tempo dell' avvivamento, passai alla sutura, per unire le superfici cruente di destra con quelle di sinistra. Mi valsi di aghi simili a quelli di Deschamps a

lungo manico, ma ben puntuti, a breve curva, con la cruna sul piatto e vicina alla punta, uno destro, uno sinistro (1).

Un'ansa di filo vien passata a destra, un'altra a sinistra. La prima serve a trar fuori l'altra introducendovela doppia nell'ansa aperta (Vedi fig. 1, *c*, *d*).

L'ansa entra 7 od 8 millimetri dal margine cruentato, sulla vagina, e passa verso l'estremo interno del tessuto sanguinante, senza toccare il tessuto vescicale.

Mi valsi di robusta seta di Firenze di media grossezza ed incominciai dalla parte più vicina all'uretra. Introdotta da una parte e ritirata dall'altra ogni ansa viene affidata alle mani di un aiuto che la tiene a livello del ventre della donna in modo da ricordare l'ordine seguito nei singoli punti.

In tal modo, in senso trasverso, vennero passate 8 anse.

Da un lato si ha l'ansa chiusa, od occhiello, nella quale si introduce un piccolo cilindretto previamente preparato, costituito da tessuto impermeabile (caoutchou in foglio) su sè stesso arrotolato, della lunghezza di circa un centimetro e grosso 3 o 4 millimetri. Stirati i fili dell'altro lato il cilindretto viene addossato alla mucosa in modo da venir posto parallelamente al margine cruentato. Si stira ancor più, fino ad addossare le due superficie cruente ed in allora fra i due fili tesi ed aperti, un assistente con la lunga pinzetta frappone un altro cilindretto simile al primo, mentre io lo abbraccio con un nodo che stringo e serro opportunamente (Vedi fig. 2).

Così continuo per tutti otto i punti ottenendo un contatto dei tratti avvivati della vagina, con una pressione reciproca omogenea. Però subito si avverte che a livello della cervice uterina sfugge qualche goccia di urina e che i due ultimi punti non servono bene. Subito vengono levati e sostituiti da due robusti punti di sutura nodosa con filo di argento abbraccianti ampiamente il tessuto cervicale dell'utero.

Introdotta una siringa in vescica ed iniettata dell'acqua fenicata con una certa forza, neppure una goccia sfugge per gli orli della unita fistola.

Dopo due ore e mezza di lavoro la donna vien collocata nel suo

---

(1) Oggi che sono a mia conoscenza e me ne sono servito in molte specie di sutura, esperimenterei un ago a curva conveniente sul modello di quello di De-Roubaix.

letto, dove si applica una siringa a doppia curva che si lascia a permanenza in vescica.

Nessuna reazione febbrile.

Al quarto giorno si tolsero il 1°, 2° e 4° punto, al sesto gli altri e le superficie appaiono unite. Vien mantenuta la siringa che funziona benissimo, però levata al nono giorno per qualche ora, perde qualche goccia di urina dalla vagina.

Esaminata al decimo giorno si trova la permanenza di una piccola apertura alla regione uretro-vescicale che permette solo il passaggio ad un sottile specillo; i suoi contorni granuleggiano.

Nulla valse in seguito per chiudere questo forellino; i tocchi con sostanze caustiche e cateretiche e la stessa cruentazione ed applicazione di un punto di sutura non giovarono. Del resto di giorno non perde urina, purchè ogni ora vuoti spontaneamente la vescica. Di notte nel sonno urina più di rado, ma perde una certa quantità di urina dal piccolo forellino.

Stavo per ritentare l'operazione colla sutura incavigliata, quando mi accorsi con sorpresa, essere la donna in istato di gestazione giunto al terzo mese, che fortunatamente non venne interrotta dai traumatismi portati sullo stesso collo dell'utero durante l'atto operativo, essendo al suo primo mese.

Viene per questo dimessa colla raccomandazione di ritornare dopo il parto per completare la guarigione, ma cambiò il luogo di sua residenza e più non ne seppi.

La sutura da me applicata nel descritto caso e che di poco si scosta da quello del così detto metodo americano, non poteva rispondere meglio.

In un esempio di fistola sì grande e complicata, con lesione del labbro uterino ed estroflessione dell'uretere nessun altro metodo avrebbe ottenuto di più. Però la modificazione introdotta nella seconda operazione che sto per descrivere mi sembra più conveniente alla generalità dei casi (1).

---

(1) Ognuno può raggiungere il massimo dell'effetto utile con quella sutura che è più abituato e quindi addestrato ad usare. Io mi servii di suture incavigliate con i piccoli rotoli di tessuto impermeabile dopo estirpazioni di mammelle, escisione di tumori vari, amputazioni e sempre ebbi a lodarmene.

R. A, villica, di 27 anni, di Ceregnano, viene accolta l'11 agosto del 1880 nello Spedale di Rovigo. È di buona costituzione, ma assai deteriorata nella nutrizione e sanguificazione. A 21 anno andò a marito.

Ci racconta di aver avuto quattro parti per il compimento dei quali ebbe sempre bisogno dell'intervento dell'ostetrico. L'ultimo parto avvenne due mesi innanzi, a termine come i primi, ma per tre giorni continuarono le doglie dopo la rottura del sacco, senza effetto. Una levatrice, al sesto giorno, impiegandoci quattro ore estrasse con mezzi manuali un feto ben sviluppato e morto come i tre primi.

Subito dopo cominciò a perdere completamente le urine, nè più potè ritenerle.

Esaminatala trovai, oltre una vasta perdita di sostanza formante una fistola cisto-utero-vaginale, la mucosa della vagina in massima parte coperta da una essudazione grigiastra a superficie poltacea, fetida, in qualche punto sollevata in modo da lasciar scoperta un'ulcera sanguinante.

I semplici lavacri antisettici, le iniezioni fenicate ripetute più volte nulla valsero. Dopo vario tempo e varie cure locali inutili, tentai di tenere una siringa in vescica a permanenza, ottenendo lo scolo dell'urina per massima parte; di più feci applicare delle irrigazioni di acqua fenicata da continuare per parecchie ore del giorno.

Con tal metodo cominciano i miglioramenti. Però solo nell'ottobre, mentre si rimette nello stato generale, anche la cicatrizzazione della colpite crupale va completandosi, e soltanto allora mi decido per un atto operativo.

Lo stato delle parti prima dell'operazione è il seguente:

Alla parete anteriore della vagina, in senso longitudinale, col margine anteriore od inferiore a 6 cent. dell'orifizio uretrale, una comunicazione colla vescica per un'apertura di 4 cent., ed orli regolari e della grossezza di 5 o 6 mill.

L'estremo superiore della fistola si perde nella porzione cervicale dell'utero, il labbro anteriore del quale è quasi completamente distrutto, e solo un piccolo setto divide la vescica dall' apertura cervicale della cavità uterina. All'ispezione oculare si nota una certa estroflessione della vescica verso la vagina, la cui parete antero-superiore fa ernia nella soluzione di continuo e protrude a guisa di cresta.

Il 1.º novembre, sotto la narcosi cloroformica, servendomi dello speculo di Simon, colla assistenza di Esperti Colleghi, praticai la cruentazione e la speciale sutura incavigliata impiegandovi 1 ora e 45 minuti.

Avvivai, recidendo colle forbici, a striscie la porzione rimasta della cervice uterina e rispettivo orlo anteriore del canale cervicale, ottenendone due superfici, una rimpetto all'altra, sanguinanti, di forma triangolare, colle basi in basso. Da poi, e più sollecitamente, dalle suddette basi del triangolo con coltellino convesso a lungo manico e pinzetta, escisi una lunga bendella circolare, corrispondente all'orlo vaginale della fistola, della larghezza di un centimetro. Coi soliti aghi, e nel modo usato per il primo caso, passai a destra ed a sinistra delle lunghe anse di seta.

Le due superiori, trapassanti il tessuto dell'utero, vennero strette con un semplice nodo. Le altre cinque anse servirono a formare una conveniente sutura incavigliata mercè due cilindretti formati da tessuto impermeabile arrotolato su sè stesso, della grossezza di 6 mill. (Vedi fig. 3).

Ottenni così, nel modo il più sollecito, la compressione uniforme, estesa sopra due lunghe striscie di tessuto, da fare collimare la superficie cruentata in tutta l'estensione dei tratti cruenti, ed in maniera di impedire l'uscita dell'urina dalla vagina e l'uscita di liquidi nella stessa con forza iniettati.

Durante l'operazione a tratto si fecero irrigazioni fenicate.

Si tiene la siringa a permanenza fino al decimo giorno, e già al quinto giorno si tolgono tre punti, all'ottavo gli altri.

Al decimo giorno ha bisogno di emettere le urine 14 volte nelle 24 ore. All'undicesimo solamente 9 volte e così in seguito.

Applicato lo speculo di Simon si nota una perfetta e solida adesione su tutta la fistola.

Però premendo la valva dello strumento verso la escavazione del sacro, si avverte l'uscita di due o tre goccie di urina dalla cervice uterina, senza arrivare a scoprire il forellino di comunicazione che pur doveva esistere. Un qualche stillicidio, in proseguo, ad intervalli di giorni, ed in certe posizioni, specialmente se seduta, si avvera spontaneamente. Questo fatto avveniva di rado e in piccolissime quantità, talchè la donna, contentissima dello stato suo, volle uscire dallo Spedale.

Più volte ritornò a farsi da me visitare; dopo qualche mese venne a dirmi che lo stillicidio era completamente scomparso senza

nulla averle fatto, e che tutte le sue funzioni si compivano regolarmente.

All' esame collo speculo, una pressione anche forte verso il sacro, non lascia più uscire urina, mentre si nota che solo metà del labbro posteriore dell' utero sporge da una resistente duplicatura della mucosa utero-vaginale. Mestruazioni regolari.

La sutura applicata come feci in questi due casi, si avvicina a quella del metodo americano (filo e piastrine metalliche fermate con tubetti di piombo) che è la più universalmente adottata.

Negli effetti, differenze notevoli non dovrebbero esisterne, od essendovene, penso sieno a tutto vantaggio della sutura incavigliata con i bastoncini flessibili di foglie di gomma elastica.

Le principali ragioni per le quali trovo di raccomandarla consistono primieramente nella sua semplicità e nella facilità di applicazione, e perchè, per nulla scostandosi dalle suture più comunemente diffuse, sopra queste in molti casi ha dei vantaggi.

Dirò, fra parentesi, che la sutura nodosa per la cura delle fistole vescico vaginali, fatta sia colla seta che col filo metallico, è sempre inferiore alle suture incavigliate, perchè onde ottenere il suo effetto deve agire su spazi molto più limitati, ed, a parità di circostanze, condurre in modo molto più rapido alla recisione dei tessuti.

Nelle figure 4, 5 e 6 ho cercato di raffigurare schematicamente le suture più usate onde si comprenda il meccanismo della loro azione.

Perchè la sutura soddisfi agli scopi precipui nelle operazioni di fistole cisto-vaginali, deve esser tale da tenere unite due superfici, comprimerle dolcemente, stirare (qualche volta) i lembi verso i loro punti di contatto, e poter essere lasciate in sito parecchi giorni. Infine tutte le risultanze delle forze che vengono impiegate devono essere rivolte verso la linea di combaciamento delle due superfici cruentate, senza impedire la circolazione nei tratti compresi fra le suture.

A tutti questi scopi tendono a soddisfare le suture da me impiegate. La compressione avviene sopra due linee parallele, e le risultanti delle forze corrispondono a linee che passano precisamente, con poca dispersione, verso il centro del tessuto cruentato (fig. 6, *a*).

I vantaggi che si ottengono dalla flessibilità delle caviglie impiegate sono molteplici. La compressione riesce meno rude e con sostanze che non possono ledere. La pressione riesce non rigida, uniforme sulle due linee, ma a irregolarità ondeggiate coi massimi delle forze ai punti dove passano i fili. Le caviglie possono adattarsi alle curve che volessero prendere i tessuti senza però cedere in forza.

I lembi compresi nelle suture non vanno soggetti ad ischemie pericolose, un tratto di lembo mantenendosi libero verso la vescica senza pressioni del filo (fig. 6, *c*). Il meccanismo di azione della sutura tiene in distensione trasversale le linee cruentate costrette a guardarsi offrendo tutta la loro superficie di contatto possibile.

Le due operazioni descritte e questi brevi cenni varranno, spero, a giustificare la predilezione che mostrai per una varietà di sutura, che per la sua semplicità nella tecnica operatoria e negli strumenti, e per la pratica utilità, mi riprometto veder adottata da altri. Però con questo non voglio si possa giudicare essere esclusivo e che altri metodi, in date circostanze, non si debbano pur preferire.

II.

Ipertrofia del collo uterino - Amputazione imbutiforme cruenta - Autoplastica - Guarigione.

C. M., d'anni 24, fantesca, di Rovigo, di ottima costituzione, di aspetto sano, non fu mai ammalata. Ebbe due parti regolari; l'ultimo due anni addietro. Da quest'epoca cominciò a soffrire dolori all'epigastrio ed ai lombi, pesantezza molesta ai genitali e scolo continuo, abbondante di mucosità dalla vagina. Tali fenomeni la accompagnavano sempre e si esacerbavano nelle epoche mestruali, mentre il flusso mensile pur si compiva regolare, come per lo innanzi, per quantità, qualità e data. Da ultimo i detti fenomeni si fecero più intensi e vi si aggiunsero accessi di crampi uterini frequenti, specialmente nella stazione eretta, ed abbondanti perdite muco-purulente dai genitali.

Impossibilitata a continuare nel disimpegno de' suoi lavori di servente, e dopo aver tentate inutilmente varie cure, ricorse il 23 settembre 1880 allo Spedale di Rovigo.

All'esame le sole anomalie che si scopersero erano ai genitali. Riscontrai una vagina ampia, con la mucosa coperta da un liquido giallastro denso. Il collo dell'utero, dolente alla pressione, un poco abbassato e rivolto alquanto verso sinistra, era grosso, duro, a superficie liscia, uniformemente espanso in tutti i suoi diametri. Un poco al disotto della inserzione della vagina detto collo uterino presentava una specie di strozzamento a guisa di colletto. In una parola il collo uterino era uniformemente ingrossato nella sua parte sotto-vaginale, per un volume doppio del normale, a clava o glandiforme. Il corpo uterino solo leggermente ingrossato, nel suo assieme si poteva facilmente spostare in tutti i sensi coll'esame combinato.

All'ispezione oculare si osservava una esulcerazione superficiale della mucosa del labbro posteriore ed una secrezione muco-purulenta copiosa dal canale cervicale.

Alla sondazione dell'utero nulla di rimarchevole.

Da prima venne combattuto il catarro con iniezioni astringenti, tocchi del canale cervicale colla soluzione iodo fenata, quindi impiego di irrigazioni fredde prolungate, ottenendo una diminuzione nella quantità dello scolo non già nei dolori.

Il 14 ottobre si praticarono delle scarificazioni profonde ed ampie a stella attorno al collo dell'utero, con uscita di discreta copia di sangue. Anche dopo questo mezzo nessun vantaggio; anzi i dolori comparivano anche di notte impedendo il sonno. Frattanto si presentarono perdite muco-sangninolenti mentre si otteneva la perfetta riparazione nella esulcerazione del labbro posteriore.

Il 29 ottobre si fece una profonda cauterizzazione del labbro anteriore col termo-cauterio Paquelin, benissimo tollerata, ma senza beneficio di sorta sulle sofferenze.

Il 3 novembre comparvero le mestruazioni, che durarono sei giorni senza modificare i sintomi predetti.

Vennero pure impiegati internamente i preparati di valeriana e la morfina, esternamente le iniezioni emollienti tiepide; quindi laudano, liquor anodino, bromuri, ma sempre con progressivo lento peggioramento nei fenomeni dolorifici, stazionarietà nei fenomeni fisici.

Il 24 novembre, tenuto calcolo specialmente delle gravi continue sofferenze, della impossibilità di qualunque lavoro, della permanenza dell'ingrossamento del collo uterino, malgrado la diminuzione dei fenomeni catarrali ed alla inutilità, sopra il resto, dei

molteplici mezzi impiegati, emessa la diagnosi di *ipertrofia sotto-vaginale glandiforme da metrite interstiziale ed endometrite catarrale,* passai, contentissima la malata, alla amputazione della cervice uterina.

Il metodo che prescelsi, sarà sempre da me, in simili evenienze, preferito, riservandomi alla fine di esporne i motivi.

La donna venne messa nella solita posizione, con ogni diligenza curati i precetti antisettici ed anestetizzata completamente col cloroformio.

Applicato il più grande degli speculi di Simon, afferrai colla sinistra mano mercè un robusto mordente di Museux in pieno il collo dell'utero, che potei tirare a livello della vulva, quindi colla destra infissi un robusto coltello puntuto fra il terzo medio ed il terzo superiore del collo uterino un poco sotto la descritta strozzatura, al davanti, diretto obliquamente in esso verso l'orificio interno dell'utero. Feci quindi procedere il tagliente, circolarmente, mantenendo la punta al centro, in modo da descrivere un cono e recidendo così il collo ipertrofico ed una porzione imbutiforme della base dello stesso, fino in prossimità della cavità uterina.

Subito afferrai il lembo anteriore che ne risultò, perchè non avesse a sfuggirmi in alto la parte. Da questa specie di manichetto od imbuto risultatore si ebbe una scarsa emorragia da due arteriuzze. Lavata con acqua fenicata la vagina e la superficie cruenta, passai alla sutura, e per ottenere l'emastosi, e per chiudere la ferita e ricostituire un nuovo collo uterino.

Applicai non senza fatica numero 6 punti di sutura: 4 interni (2 fra il labbro anteriore o lembo anteriore e l'orlo anteriore del canale cervicale, 2 per il labbro o lembo posteriore e l'orlo posteriore del canale cervicale), 2 esterni, uno a destra e l'altro a sinistra, passati 2 volte nel lembo, come si fa nelle amputazioni a manichetto.

Usai di robusti aghi curvi montati sopra port'aghi e di robusto filo di seta.

Fatti i nodi cessò ogni stillicidio sanguigno e si ottenne una fessura trasversa il cui centro corrispondeva all'orificio interno dell'utero aperto.

In questo orificio, per ultimo, introdussi un pezzo di siringa del N. 8, per mantenerlo pervio durante il processo di cicatrice.

Tamponai la vagina con cotone salicilato al 10 0[0.

L'operazione durò 45 minuti, durante i quali si mantenne sempre l'anestesia.

Il pezzo esciso costituito da tessuto cellulare fibroso stipato e fibre muscolari, duro e crepitante al taglio, misura cent. 2 1|2 in lunghezza ed è del volume di una noce.

La donna, messa nel suo letto, ebbe dolori piuttosto forti all'ipogastrio nelle prime ore e si dovettero estrarre le urine.

Si applicò una vescica di ghiaccio all'ipogastrio e si somministrarono 2 centigr. di idrocloruro di morfina.

La sera del primo giorno, susseguente all'operazione, si ebbe la temperatura di 39°; si dovette tre volte al giorno passare alla siringazione. Ventre di forma normale, trattabile.

Il 26 temperatura, la mattina 38,2, la sera 39°. Si tolsero i tamponi vaginali e si fecero iniezioni fenicate ripetute, lasciando in sito il pezzo di siringa.

Da questo momento fu sempre apiretica e potè urinare spontaneamente.

Il 28 si tolsero i punti di sutura ed il pezzo di siringa.

All'esame collo speculo si vide la vagina all'estremo superiore raggruppata circondare (a guisa di borsa da tabacco) un'esulcerazione di buon aspetto della grandezza di un centesimo ed in essa un condotto ad orli tappezzati da mucosa, rappresentante il canale cervicale.

Ai primi di dicembre la nostra operata potè affermare di sentirsi in condizioni ottime, fatto raffronto con l'epoca anteriore all'atto operatorio, ed assicurarmi della sua piena soddisfazione.

Poteva camminare senza incomodi, solo mostravasi un poco pallida.

Frattanto si riparava l'esulcerazione e il fondo della vagina a cono circondava la nuova bocca dell'utero.

Si prescrissero acque Catulliane ed iniezioni fenicate.

Si lamentava qualche rara volta di lievi dolori sovrapubici, ma tollerabili.

I primi del gennaio venne dimessa e potè subito riprendere il lavoro. Le mestruazioni ricomparvero a regolari intervalli, seguite da leucorrea. Generale ottimo. Si ripresentò poi di spesso al nostro dispensario dichiarando sentirsi bene, ma lagnandosi delle perdite leucorroiche che solo sotto l'uso di tamponi astringenti si mitigarono.

Tornerà ora in acconcio che io richiami l'attenzione sopra questo caso, che, se non è nuovo, ha per altro molto interesse:

a) Varrà a mostrare l'inutilità di tutta la serie di rimedi interni, dei topici, dell'idroterapia, delle sottrazioni sanguigne, del fuoco nelle notevoli ipertrofie del collo dell'utero;

b) Varrà a mostrare ai riottosi i benefici e l'innocuità della amputazione del collo dell'utero per questa stessa molesta forma morbosa.

c) Varrà a diffondere le idee di quelli che sostengono essere, dove sia possibile, da preferirsi l'impiego del coltello a quello della galvano-caustica nelle dieresi del collo uterino.

E sopra quest'ultimo asserto mi permetterò alcune brevi considerazioni.

L'amputazione del collo dell'utero coll'ansa galvanica è più semplice, è più facile; non si ha perdita di sangue.

Però più difficilmente si arriverà ad agire ovunque sui punti voluti, ad essere assoluti padroni del campo di operazione, e sempre ne risulterà una ferita aperta, coperta da un'escara. Quindi più difficile la precisione, più facili gli assorbimenti.

Non disconoscendo i pregi dell'ansa galvanica nei casi dove si deve temere per l'emorragia, penso vadano troppo oltre quei chirurghi che vorrebbero sempre vietato il metodo cruento.

Eppure di valentissimi, anche in Italia, sono di tale avviso, e scrivono con disprezzo di questa operazione, e la chiamano buona per quelli che amano un facile disbrigo.

Eppure, per i casi simili al mio, e varii altri, sarei proprio dell'avviso contrario.

Nell'ansa galvanica si troverà un mezzo più spiccio, meno pericoloso immediatamente, da preferire in certi casi di neoplasmi, ma dovrà sempre venir rigettato quando si potrà operare colla guida della vista e della mano, dove la pila che dirige il taglio sarà data dal cervello del chirurgo.

Dovrà venir rigettato il cauterio galvanico in tutti quei casi dove è possibile la formazione di un lembo, la formazione di un moncone.

In tali casi, come nel mio, non è solo un'amputazione che si compie, ma con la formazione di un lembo imbutiforme si completa un'operazione di autoplastica, dove è possibile una prima intenzione e l'immediata costituzione di una nuova cervice uterina con un canale atto a funzionare.

Così il chirurgo vuol frenate le emorragie, così lasciate le parti dopo un'operazione di dieresi.

L'ansa galvanica mi darà per risultato un piaga, che nella miglior ipotesi a poco a poco riparerà e potrà darmi una brutta cicatrice, potrà apportarmi stenosi del canale cervicale, potrà impedirmi la fecondazione o complicare sinistramente il parto.

Molto potrei ancora dire deplorando l'abuso che si fa della galvano caustica, ma devo attenermi a quanto questa può aver relazione coll'ipertrofia del collo uterino.

Il proporla in tale affezione dovrebbe per me fare lo stesso effetto che il proporla per la amputazione degli arti.

Altrettanto, ed anco con argomenti più forti, si dovrà respingere lo schiacciatore lineare e la legatura elastica.

III.

Amputazione totale dell'utero dalla vagina per cancro Morte per peritonite settica.

P. L., di anni 51, villica di Polesella, non ebbe precedenti degni di nota.

Ebbe otto parti regolari e le mestruazioni pure sempre regolari fino agli ultimi anni.

Donna di media statura, di sviluppo scheletrico esile, deperita nella nutrizione, pallida, il 2 maggio 1881 veniva accolta nello Spedale.

Cinque mesi innanzi incominciarono improvvisamente, senza dolori, abbondanti perdite di sangue dai genitali.

Da quell'epoca continuò sempre con intervalli di 2 o 3 giorni di calma; ed il sangue era ora rosso vivo, ora prosciolto, ora a coaguli. Negli ultimi giorni si aggiunsero dolori al sacro ed alle regioni lombari.

Il collo dell'utero si trovò un poco abbassato, grosso, molto duro; il labbro posteriore irregolare, bernoccoluto, l'anteriore liscio. I fornici liberi.

Il corpo uterino alquanto ingrossato mobile. Dipendenze normali.

All'esame visuale si scorgeva un'ulcera di tutto il labbro posteriore, costituita da granulazioni grosse, facilmente sanguinanti.

Si intraprese una cura ricostituente, si usarono iniezioni fenicate e tamponi di filaccia intrise nella polvere di iodoformio.

Il 16 agosto lo stato generale era immutato, l'ulcera del collo uterino più ristretta e come retratta, ma eguale la durezza ed i bernoccoli, facile l'emorragia, più forti e frequenti i dolori al sacro.

L'utero sempre mobile, toccato per il retto mostrava la sua faccia posteriore irregolare molto dura.

Diagnosticato un *epitelioma del collo e corpo dell'utero*, senza trapianti, per quanto dall'esame clinico il più attento, coi mezzi odierni, si poteva desumere, proposi la estirpazione dell'utero, che volontieri venne accettata dalla malata a tutto disposta.

Il 17 agosto veniva somministrato con effetto pieno un purgativo e preparata la donna all'operazione con lavacri ed iniezioni fenicate.

La mattina del giorno 18, alle ore 11 ant., passai all'operazione assistito dai Signori Dott. Bucchia, Canestrini, Lazzari, Locicero, Favaro, Federspil e Rigoni.

Dal signor Dott. Bucchia veniva diretta la cloroformizzazione che riusciva pronta, completa e duratura per quasi tutto il tempo che durò l'operazione.

Vuotata la vescica si applicò lo speculo di Simon. Incominciai con un coltello convesso a lungo manico, dopo afferrato con mordente di Museux il collo uterino, ad incidere il fornice anteriore rasente all'utero, poi con la sonda e colle dita a smagliare i tessuti che separano l'utero dalla vescica e da questa cercando di mantenermi lontano.

Arrivai in breve a poter spaziare nella regione utero-vescicale e sul fondo stesso dell'utero ed in maniera da farmi persuaso di aver aperto il peritoneo per un tratto abbastanza ampio da passare al secondo tempo.

Infatti tentai con le dita ad uncino prima, poi con uncini acuti di capovolgere nello spazio fatto precedentemente il corpo uterino. Prove e riprove mi riescivano vane. Vi fu un momento di perplessità imbarazzante, quando mi nacque il dubbio di non aver aperto, o di aver aperto troppo poco, il peritoneo della fossa utero-vescicale, o di aver solo disseccato il tessuto periuterino. Applicato lo speculo di Simon, sostenni con una spatola la vagina e la vescica nella ferita, trassi l'utero con il mordente in basso e posteriormente e con un coltellino incisi ampiamente rasente l'u-

tero i tessuti, ed apersi il peritoneo tanto da arrivare a vedere un'ansa intestinale.

Con tutta facilità compii il capitombolo dell'utero che potei tirare fino alla vulva.

Legai con seta prima a sinistra poi a destra e compresi prima la tromba, poi i legamenti coi vasi ovarici e subito tagliai rasente all'utero le aderenze senza che si avverasse alcuna emorragia. Con l'indice della sinistra mano penetrai lungo la parete posteriore della vagina fino nel fornice posteriore in allora arrovesciato all'avanti e detto dito flesso ad uncino lo feci protrudere, mentre mi si tenevano divaricati all'avanti i tessuti vaginali. In tale posizione, sull'unghia di questo indice sinistro, incisi il fornice posteriore in tutta la sua larghezza.

L'utero così arrovesciato, mi rimaneva aderente ancora per i fornici laterali e base di legamenti larghi. Con un ago smusso passai due lacci di seta attraverso le basi dei legamenti larghi e fornici prima a sinistra poi a destra e li strinsi bene cercando di non comprendervi gli ureteri.

In fine colla forbice completai l'operazione recidendo rasente al collo uterino, all'interno dei due lacci ed a piccoli tratti a sinistra poi a destra.

Appena staccato l'utero comparve abbondante emorragia, e subito mi accorsi della caduta del laccio dal fornice laterale destro; afferrai la mucosa di questa regione con una pinza ad uncini e la trassi in basso alla vulva per modo da vedere il vaso che dava sangue; era l'arteria uterina che afferrai e chiusi in una pinza di Pean che lasciai in sito.

Scoperto un nodulo canceroso rimasto al margine posteriore superiore della vagina, venne stretto con un serranodi alla base ed esciso. Infine iniezioni fenicate, introduzione di un grosso tubo a drenaggio ad U; tampone vaginale di cotone salicilato ed introduzione di una siringa in vescica.

Dopo un'ora e mezzo la donna venne rimessa nel suo letto, prostrata e pallida con polso a 96, con 24 respirazioni.

Alle 2 pom. temp. 37,1.

Alle 5 polsi 96, resp. 20. Dolori all'epigastrio, estremità fredde, qualche conato di vomito. Etere solforico grm. 2, acqua grm. 150, Vescica di ghiaccio sull'addome.

Alle 9 pom. P. 104, T. 38°, R. 28, tranquilla; le urine fluivano limpide dalla siringa. Brodo, vino di Marsala, ghiaccio.

Il 19 agosto (1°) alle 8 ant. P. 112, T. 37°,4, R. 24. Avea dormito, pochi dolori, ventre trattabile di forma normale, stillicidio di siero sanguinolento dai genitali, urine chiare appena emesse, brune più tardi per la presenza dell'acido fenico. Iniezioni frequenti nei tubi a drenaggio. Alle ore 2 pom. P. 100, T. 39°, R. 24. Alle ore 5 pom. P. 120, T. 39°, R. 24. Aspetto buono. Ore 10 pom. P. 112, T. 38°,7, R. 24.

Nella giornata un conato di vomito, polso valido, nessun dolore.

Il giorno 20 (2°) alle 9 ant. P. 112, T. 38,6, R. 24. Nausea. Si tolsero ed il serranodi e le pinze di Pean, si cambiò il tubo a drenaggio nello scavo retto-vescicale. Ogni 3 ore si fecero lavacri di acqua salicilica.

Ventre dolente spontaneamente ed alla pressione, leggero meteorismo.

Alle 5 pom. P. 116, T. 38°, R. 30. Conati di vomito, polsi piccoli, aspetto abbattuto.

Alle 9 pom. vomito e singhiozzo. P. 120, T. 38°, R. 26.

Il 21 (3°) alle ore 6 1[2 ant. P. 120, T. 37,2. R. 28. Vomito, estremità fredde, polsi piccoli, ventre meteorico e dolentissimo al tocco. Brodo, vino, uova, ghiaccio. Si continuano i lavacri antisettici ogni 3 ore e la siringazione. Alle 5 pom. P. 116. T. 37, R. 24; più tranquilla. Nel fare l'iniezione l'acqua ritornava dai drenaggi mista a frustoli di tessuto nerastro inodore.

Il 22 (4°) alle 8 ant. P. 116, T. 38,3, R. 24. Incominciarono dolori più vivi all'addome, singhiozzo. Aspetto abbattuto, polsi piccoli, faccia ipocratica, lingua secca coperta da uno strato nerastro. Alle 4 pom. T. 38,2. P. 104. R. 32, con estremo abbattimento.

Alle ore 9 1[2 avviene la morte.

Alla necroscopia si constatò una peritonite settica diffusa, con peritonite flemmonosa pelvica; nessuna traccia di tessuto canceroso.

L'esame del pezzo amputato, praticato dall'esimio Dott. Cacciola, diede il seguente risultato:

Quasi tutta la porzione vaginale dell'utero presenta una superficie ulcerosa. Fatta una incisione a tutto spessore sul collo uterino e comprimendo fra le dita il tessuto, dalla superficie di sezione strizzano numerosi zaffi di sostanza molle, spappolabile, di colorito bianco grigiastro. All'esame microscopico si vede la struttura caratteristica dell'*epitelioma semplice.*

Uno stroma congiuntivale in massima parte fornito di robusti

fasci fibrosi, i quali lasciano spazi tubulari od alveolari riempiti tutti da epiteli.

Questa operazione, che rivela l'indirizzo della odierna chirurgia, che potei, non senza difficoltà serie, compire con il metodo vaginale (Czerny-Billroth), e che sortì esito infausto per l'insorgenza della peritonite settica, riescirà di non poco interesse per gli operatori.

Il primo tempo, dell'apertura dello spazio utero-vescicale, posso dire, che fu il solo che mi presentò delle serie difficoltà.

Questo avvenne per aver disseccato troppo estesamente il tessuto periuterino dall'utero, senza aver compito la bottoniera nel peritoneo, e per avere così raggiunto la possibilità di uncinare istessamente il fondo dell'utero, ma anzitempo ed in condizioni da non poterlo capovolgere. Scoperta la causa delle difficoltà, incisa la piega peritoneale, l'operazione regolarmente e con tutta facilità arrivò alla fine.

La complicazione che infine insorse coll'emorragia dell'arteria uterina destra per caduta del laccio devesi attribuire ad un diffetto del metodo e più ancora alla difficoltà di apporre in modo conveniente una legatura alla regione della base dei legamenti larghi.

I molteplici esercizi e studi da me fatti sul cadavere in riguardo a questa operazione, ed il caso ora descritto, mi convinsero che il momento più difficile dell'operazione (nei casi comuni però e più semplici) è quello della applicazione di questo terzo laccio.

I tessuti poco cedevoli stesi sopra un piano fra due superfici ristrette, torti sopra loro stessi per mezzo giro, dovrebbero sostenere un laccio, evitando all'esterno di comprendere l'uretere che vi passa rasente, dall'altro lasciando tanto spazio che serva di sostegno al nodo una volta staccato il collo dell'utero.

Tutte queste difficoltà sono evidenti e tali che mi suggeriscono, per il momento che mi si presentasse di ripetere questa operazione, di fare delle legature segmentate, aiutandomi di convenienti pinze a pressione continua.

Il metodo di comprendere nella estirpazione un tratto di vagina, specialmente del fornice posteriore sarà sempre da preferire; nel mio caso avrei evitato di dover, esciso l'intero utero, escidere dei tuberi cancerigni del margine postero-superiore della vagina.

Anche la pratica di istituire il drenaggio con il tubo di vetro la ritengo di non poca importanza per il risultato finale.

La mia operazione, infine, che, condotta con le precauzioni antisettiche, pure terminò con una infezione settica, varrà a mostrare che ogni sottigliezza, ogni scrupolo non sarà mai a sufficienza osservato.

Questi i punti istruttivi, questa la critica della estirpazione dell' utero da me eseguita. Fiducioso di veder anche fra noi diffusa tale operazione con buoni risultati, ricorderò che il cancro del collo uterino, riconosciuto a tempo, ed a tempo convenientemente operato, arriva spesso a guarigione.

Anche in Italia oggi possiamo registrare qualche successo fra le poche operazioni eseguite, e ricorderò per primo il Prof. Bottini di Pavia, che pubblicò di recente una pregevolissima monografia in forma di conferenza sopra questa operazione.

IL CRANIOCLASTE DI C. BRAUN

STUDIO

DEL DOTT. PAOLO NEGRI

Medico 2° Assistente alla R. Scuola di Ostetricia in Milano
diretta dal Prof. Cav. DOMENICO CHIARA.

Nulla è più falso dell'affermazione, che l'ostetricia operativa sia una disciplina completa. Con simili opinioni vien chiusa la via ad ogni progresso.
(FRITSCH, *Il Cefalotribo ed il Cranioclaste di Braun).*

I. — Rapporti fra pelvi e capo fetale e specialmente del diametro bimastoideo.

Con relativa frequenza è chiamato l'ostetrico a sciogliere la continuità del feto ancor trattenuto nei genitali materni: ora è il bisogno di rendere armonici i rapporti diametrici del mobile da espellersi col canale che deve essere percorso, ora è un accidente grave che minacciando da vicino la vita della madre, impone l'estrazione del feto rapidamente, attraverso a parti non ancora preparate convenientemente all'uscita del portato e che tuttavia debbono essere per quanto è possibile risparmiate. Alludo con queste parole alle due grandi classi della brefotomia, cioè brefotomia per *elezione* e brefotomia per *necessità.*

Ma restringiamo i limiti di questo argomento entro confini assai più angusti, e consideriamo solo la *embriotomia limitata al capo fetale.* Allorchè questa è indicata dalla pelvica stenosi, due casi possono darsi, che cioè l'ostacolo all'espulsione del feto sia dato dalla

sproporzione fra i diametri della volta del capo e quelli della pelvi, ed in via generale quelli nel senso antero-posteriore dello stretto superiore, oppure che anche tolto l'ostacolo della volta, lo spazio pelvico sia di tanto ridotto che i diametri della base fetale sieno di impedimento alla uscita qualora l'arte non intervenga.

È questo un punto della pratica assai importante e che merita di essere considerato e molto più perchè tra la prima e la seconda classe, ben differente deve essere la prognosi dell'atto operativo intrapreso, perchè in realtà ben differenti le difficoltà da esser superate.

In tutti i casi infatti in cui la sproporzione è data dal volume *della volta* del cranio, l'intervento può ridursi ad un atto operativo assai semplice, alla sola *craniotomia*, l'artificiale apertura cioè della scatola cranica che può farsi con uno de' tanti istrumenti proposti, ma preferibilmente con il trapano come quello che meglio garantisce le vie genitali nelle quali si opera: tale apertura cranica permette l'uscita della sostanza cerebrale e consecutivamente la riduzione ed il modellamento del capo fetale alla forma ed alle dimensioni della pelvi. Qualora l'utero sia ancora abbastanza attivo, e ciò avverrà tanto più frequentemente quanto più presto sia stata praticata la craniotomia, può l'espulsione compiersi anche affatto spontaneamente.

Ma quando è che dalla prima classe passiamo alla seconda, o in altre parole a qual limite di pelvica stenosi dobbiamo noi pensare oltrechè agli ostacoli offerti dalla volta del cranio anche a quelli dati dalla base?

Tale limite ci è segnato da un diametro della base cranica, vale a dire dal bimastoideo: è utile quindi vedere quale sia la lunghezza di questo diametro, ed in qual modo venga a disporsi all'ingresso della pelvi.

Da autore ad autore il valore del diametro bimastoideo varia di qualche millimetro. Così il Tibone, citato dal Cuzzi, lo valuta a 78 millimetri, il Cuzzi dall'esame di 154 bambini del peso medio di grm. 3351 e della media lunghezza di centimetri 50,19 ottenne una media di millimetri 75,69.

Mi prese desiderio di fare consimile ricerca sopra 90 bambini nati nella Maternità di Milano. Ne prescelsi 30 con un peso corporeo variabile fra 2670 e 3000 grm. Il peso medio di questi fu di grm. 2880 ed il valore medio del diametro bimastoideo risultò di mill. 75; ciò risulta dall'unito prospetto *A*.

Prospetto *A*.

Lunghezza del diametro bimastoideo riscontrato in 30 *bambini d'ambo i sessi, nati indiff. da primipare e da multipare, del peso corporeo oscillante fra* 2670 *e* 3000 *grm.*

1	2750	75	
2	2850	80	
3	2950	80	
4	2750	80	
5	2850	75	Peso medio corporeo . . . . grm. 2880
6	2980	80	
7	2900	85	
8	2900	82	Valore medio del diam. bimast.. mill 75
9	7800	73	
10	2750	75	
11	2900	70	
12	2800	72	
13	2900	75	
14	2870	78	
15	2670	80	
16	2800	70	
17	2900	74	
18	2900	80	
19	3000	75	
20	2800	75	
21	2720	72	
22	2670	74	
23	2750	80	
24	2800	85	
25	2700	70	
26	3000	73	
27	2750	75	
28	2800	80	
29	2800	70	
30	2900	77	

Altri 30 bambini del peso oscillante da 3001 grm. a 3250 e del peso medio di grm. 3126 diedero un valore medio del diametro bimastoideo di mill. 78,6, come risulta dal prospetto *B*.

Prospetto *B.*

Lunghezza del diametro bimastoideo misurato in 30 *bambini d'ambo i sessi, nati da primipare e multipare e del peso oscillante fra* 3001 *e* 3250 *grm.*

1	3100	75	
2	3250	75	
3	3250	80	
4	3020	87	
5	3250	75	
6	3150	80	
7	3100	80	Peso medio del
8	3250	70	corpo . . . . grm. 3126
9	3180	80	
10	3200	85	
11	3150	77	Valore medio del
12	» 3100	87	diam. bimast.. mill. 78,6
13	3050	75	
14	3000	80	
15	3000	82	
16	3100	85	
17	3150	74	
18	3250	75	
19	3000	80	
20	3150	82	
21	3080	80	
22	3140	84	
23	3000	75	
24	3200	85	
25	3050	70	
26	3250	75	
27	3110	76	
28	3200	70	
29	3150	73	
30	3000	85	

Finalmente altri 30 bambini prescelsi fra quelli pesanti da 3251 a 3500 grm. del peso medio quindi di grm. 3404 ed il valore del diam. bimastoideo risultò di mill. 78,3 come risulta dal prospetto *C.*

PROSPETTO *C.*

Lunghezza del diametro bimastoideo in 30 *bambini d'ambo i sessi nati da multipare e primipare, di ambo i sessi e del peso oscillante da* 3251 *a* 3500.

1	3470	84	
2	3370	83	
3	3570	77	
4	3280	72	
5	3430	80	
6	3450	80	
7	3340	84	
8	3480	80	Peso medio. . . grm. 3404
9	3350	75	
10	3500	75	
11	3500	77	Lunghezza media
12	3400	77	del bimast.. . mill. 78,3
13	3500	90	
14	3450	76	
15	3380	75	
16	3350	75	
17	3300	80	
18	3450	85	
19	3420	85	
20	3400	80	
21	3300	75	
22	3300	83	
23	3300	70	
24	3300	83	
25	3400	70	
26	5500	80	
27	3400	85	
28	3350	75	
29	3400	70	
30	3400	70	

Sommando adunque le medie sopra questi 90 bambini si sarebbe ottenuto il seguente risultato:

Peso medio del corpo grm. 3163,6.

Lunghezza media del diametro bimastoideo mill. 77,3.

Ma per essere ancora più certo del valore di tal diametro ricercai anche la media nel lavoro pubblicato dal Budin (1). Scelsi fra le osservazioni di questo autore, 26 bambini il cui peso medio oscillasse fra i grm. 2750 e 3550 onde metterli in rapporto con i casi osservati nella Maternità milanese: la media del peso fu di grm. 3154,3 e la media della lunghezza del bimastoideo mill. 76,8 come risulta dal prospetto *D.*

Prospetto *D.*

Peso corporeo e lunghezza del bimastoideo.

1	2770	71	
2	3500	80	
3	3500	79	
4	3450	82	
5	3405	76	
6	3160	75	Media del peso . gr. 3154,3
7	3060	73	
8	2950	77	Media del bipa-
9	2827	74	rietale . . . . mill. 76,8
10	3200	72	
11	3250	73	
12	2918	79	
13	2950	75	
14	3010	79	
15	3500	80	
16	3000	80	
17	2750	74	
18	3367	79	
19	2825	77	
20	3140	78	
21	3310	77	
22	3092	76	
23	3400	79	
24	3190	80	
25	3486	79	
26	3010	75	

(1) Budin. *De la tête du fœtus, etc.* Paris, 1876.

Così riassumendo troviamo che:

Tibone lo valuta	mill.	78
Cuzzi » »	»	75,69
L'Autore ne' casi studiati alla Maternità di Milano.	»	77,3
L'Autore nei casi tolti dal lavoro di Budin . .	»	76,8

e facendo la media di tutte queste quattro medie, si verrebbe ad avere come espressione del valore del bimastoideo 76,9.

Ma dovremmo perciò dire che qualora il diametro antero-post. dello stretto superiore non offre uno spazio di almeno 76 millim. (trascuriamo pure le frazioni) la base craniana integra non possa più passare per quella pelvi?

Tale domanda è legata inevitabilmente ad altre due, e cioè: 1.° Il diametro bimastoideo deve proprio considerarsi come irriducibile? 2.° È il diametro bimastoideo che cade esattamente nel diametro retto dello stretto superiore?

Il Cuzzi nel suo lavoro sul cranioclaste ha risposto ad ambedue tali domande. A pagina 10 del suo lavoro *(Sul cranioclaste, studi ed esperienze*, Torino 1878) scrive infatti che fra l'*apice della rupe petrosa ed il corpo dello sfenoide esiste un piccolo spazio ancora cartilagineo, che può venir utilizzato da una forza che comprima la base in senso trasversale.* La riduzione però non oltrepasserebbe mezzo centimetro.

Alla seconda domanda risponde pure con un ragionamento affatto analogo a quello che si fa discorrendo del parto nei bacini semplicemente piatti.

Infatti anche il diametro bimastoideo come il *biparietale anatomico*, piuttosto che cadere direttamente nella conjugata vera, sta alquanto nella metà della pelvi corrispondente all'occipite perchè a questo più vicino, viene perciò a confrontarsi con un diametro alquanto più grande.

Per questi due fatti, riduzione possibile sebbene assai limitata, rapporti con una linea alquanto maggiore della conjugata vera, può ritenersi come limite estremo per il passaggio di una base craniana integra, una pelvi che offra ancora *settanta millimetri di spazio utile* nel diametro antero-posteriore.

Concludo adunque con il Cuzzi che la cifra 70 mill. si deve ritenere per il limite fra le operazioni *embriotomiche* e quelle *embrioclastiche.*

Ma oltre al diametro *bimastoideo* ne abbiamo da considerare un altro nella faccia del feto il *bimalare*, il quale per le condizioni anatomiche da cui risulta devesi anche ritenere irriducibile. La lunghezza del bimalare, secondo il Cuzzi, ne' feti a termine sarebbe di mill. 76.

Il Fritsch nella sua conferenza (*Il cefalotribo ed il cranioclaste di Braun,* Napoli 1881) facendo appunto la critica del cefalotribo, assegna al diametro *bizigomatico* un valore di mill. 75. Io per mio conto non posso aggiungere nulla in appoggio o contro queste due cifre, non avendo osservazioni individuali.

Solo mi sia permesso una considerazione. In un bacino piatto, data una presentazione di vertice in posizione trasversale, dovrà accadere anche per il diametro bizigomatico quello che si notò per gli altri, cioè deve confrontarsi sempre con uno spazio maggiore di quello lasciato in corrispondenza del diametro antero-posteriore, trovandosi detto diametro piuttosto verso l'estremo anteriore di quello che sul mezzo del diametro fronto-occipitale.

Cosichè dallo studio de' diametri fetali e dallo studio del rapporto fra capo fetale e bacino, può dirsi che demolita la volta cranica, la base può passare fino a che si abbiano 70 millimetri di spazio utile nel senso antero-posteriore.

Ma non sempre l'utero agisce, non sempre le condizioni della donna permettono al pratico di aspettare tranquillamente il parto dopo aver praticata la craniotomia. Spesso, anzi il più delle volte, esso deve pensare anche alla estrazione del capo fetale. Ciò per i casi ne' quali la base non offre ostacolo alcuno: ne' casi poi in cui la sproporzione diametrica oltrechè dalla volta è data anche dalla base, quali sono gli atti operativi da praticarsi?

Ricchissima di proposte, di mezzi, di istrumenti è l'arte: tra tutti, i processi che ebbero maggior fortuna sono due, la cefalotrissia e la cranioclastia; la prima ancora signora pochi anni fa e padrona assoluta, va ogni dì perdendo terreno, a vantaggio della cranioclastia.

Prima di discorrere di questa credo utile dire gli inconvenienti di quella, in ciò essendo rinchiuso il favore rapidamente incontrato dalla cranioclastia.

2. — Accuse mosse alla cefalotrissia.

Dividiamo con Pajot la cefalotrissia in quattro tempi: *introduzione e collocamento in sito delle branche, articolazione, schiacciamento, estrazione,* e troveremo che ognuno di questi tempi presenta per sè difficoltà: troviamo nel primo cause riflettenti la madre, cause riguardanti il feto: tra quelle la irregolarità delle due metà del bacino che rende assai difficile la collocazione simmetrica di un istrumento simmetrico quale è il cefalotribo; da parte del feto la soverchia mobilità del capo. Nel secondo tempo riesce talvolta difficile l'articolazione, ed ancor questo tiene alla non perfettamente simmetrica collocazione delle branche; nel terzo si nota frequentemente il fatto che il capo sfugge ora all'avanti, ora all'indietro, ora all'alto a seconda del modo con cui l'istrumento fu collocato sulla testa fetale.

Ma le maggiori difficoltà consistono specialmente nell'ultimo tempo, ossia nella estrazione del capo fetale al punto che il Pajot riconoscendo la bontà del cefalotrittore come strumento solo riducente, venne alla proposta di abbandonare nei vizi pelvici gravi l'espulsione del feto cefalotrizzato all'utero, praticando la sua *cefalotrissia ripetuta senza trazioni,* proposta che al dire di Kleinwächter sarebbe già stata fatta prima dal Kiwisch (Vedi *Cura delle presentazioni trasversali. Perforazione ed estrazione del cranio fetale,* Napoli, 1880).

Il cefalotribo è cattivo strumento di estrazione per ragioni a lui stesso insite, e per ragioni che stanno nel mobile da estrarsi. Le sue branche presentano debolissima curvatura cefalica, specialmente allorquando la testa è molto elevata è frequente che l'istrumento non faccia presa che sopra un segmento del capo fetale, e finalmente la presa che può fare sul capo non è mai troppo solida. Rende ragione della presa sopra un solo segmento il fatto, che una parte del capo fetale viene a poggiare al disopra della sinfisi pubica.

Anzi a questo proposito mi piace di qui ricordare i due differenti consigli dati da Tarnier e da Pajot, e che sebbene contradditorii, ambedue sono veri ed utili qualora però si scelga caso da caso: e son questi. Per arrivare allo scopo che si propone la cefalotrissia, le branche debbono essere portate il più alto possibile

sul capo fetale onde afferrare la base: di qui il Pajot diede il consiglio di portare fortemente all'indietro i manici dello strumento onde evitare di far presa sulla sola volta. Il Tarnier invece notò che tale manovra allontanava dallo scopo e che più facilmente si arrivava sulla base non portando esageratamente all'indietro i manici.

Il Pajot spiega assai bene come il consiglio di Tarnier sia giusto e buono nei restringimenti pelvici medii, poichè in allora asse del capo ed asse dello stretto superiore, sono pressochè a seconda dell'asse classico del bacino; nel caso invece di viziatura pelvica grave, tale coincidenza è tolta per il fatto che tutta la testa è cacciata all'avanti, al disopra della sinfisi pubica; necessario allora portare i manici molto all'indietro (Pajot. *Travaux d'obstétrique, etc.* Paris, 1882).

Portate le branche del cefalotribo convenientemente in sito, compiuta l'articolazione e fatto lo schiacciamento, noi otteniamo una riduzione nel senso del diametro in cui furono collocate le branche dello strumento. Ora si sa che l'applicazione di istrumenti simmetrici allo stretto superiore, non si può farla in via generale che collocando le branche ai lati del bacino: è noto che le applicazioni oblique allo stretto superiore anche in pelvi lievemente viziate, spesso non riescono, e talvolta anche collocato lo strumento in sito, nei tentativi di articolazione od alle prime tirate le branche guadagnano i lati del bacino. Il cefalotribo quindi vien portato ai lati del bacino, e schiacciando il capo, viene a ridurlo nel diametro generalmente più lungo dello stretto superiore; inevitabilmente la testa deve di molto o di poco aumentare in un senso opposto, vale a dire in coincidenza del diametro antero-posteriore, ossia di quello che domanda la riduzione del capo. Suppongo sempre che si sia fatta precedere la craniotomia, pratica questa grandemente utile, e che non può trovare eccezione che attuando la cefalotrissia ripetuta alla Pajot. Vero è che alcuni esagerarono intorno a questo aumento nel diametro corrispondente al retto dello stretto superiore, dimenticando che la testa compressa oltre che allungarsi nel senso antero-posteriore, si allungava eziandio in quello verticale.

Non si deve poi dimenticare che ai lati del sito ove caddero le branche del cefalotribo restano, in conseguenza dello schiacciamento, due bozze sporgenti, assai resistenti che facilmente nei movimenti di rotazione portano lesioni al canal genitale; s'ag-

giunga a ciò che il capo così compresso ha perduta ogni cedevolezza e male può adattarsi alla forma del bacino, tanto più che frequentemente viene ad essere otturato il foro della craniotomia.

Per compiere la estrazione, l'operatore si trova nella *necessità* (1) di imprimere quell'artificiale moto di rotazione, nello scopo di portare la parte schiacciata nel diametro ristretto; moto questo a carico del quale debbono stare le frequenti lesioni vagino-uterine, ed i gravi processi infiammatorii consecutivi alla cefalotrissia.

Ho ripetutamente udito il mio maestro, il Prof. Chiara, nelle lezioni tenute ai medici praticanti nella Maternità milanese, scagliarsi contro questo moto di rotazione; egli invece dava il consiglio di tirare dolcemente nell'asse pelvico e di seguire ed anche favorire la tendenza rotatoria dello strumento; è questo un ottimo consiglio come quello che abbandona alle leggi meccaniche di adattamento la diametrica posizione del mobile con il canale; consiglio questo che non va dimenticato in altra frequentissima operazione ostetrica, nella estrazione manuale.

Finalmente il cefalotribo è istrumento massiccio, voluminoso; il trauma è noto essere in rapporto alla mole, il volume richiede uno spazio.

Vero è che tali accuse erano più che mai all'indirizzo della cefalotrissia che dirò classica, vale a dire con istrumento a branche piene. La sostituzione a questi mastodontici strumenti di cefalotribi fenestrati, leggeri, cedevoli, poteva certamente togliere una parte, se non tutti, degli inconvenienti della cefalotrissia. L'istrumento di Guyon non adoperato, secondo gli intendimenti dell'autore, ma come appare nei casi pubblicati dal Chiarleoni, quello dei fratelli Lollini, il cefalotribo fenestrato di Breisky, di Bailly, ecc. avrebbero risposto allo scopo se un altro istrumento non fosse venuto un po' alla volta a prender parte attiva nell'armamentario del pratico.

Ma prima di tutto colla cefalotrissia si otteneva sempre lo scopo di rompere, di frantumare la base del cranio?

Parrà strana questa domanda, ma io credo che non sia affatto inutile il formularla.

E per non fare inutile lusso di ricerche tra le pagine di scrit-

---

(1) Si vegga in proposito le esperienze del Fabbri nel suo lavoro: *Sull'embriotomia, ecc.* Bologna 1875.

tori di cose ostetriche, ricorderò solo che il Porro nel suo articolo sulla *cefalotrissia* (Enciclopedia Medica Italiana) scrive a pagina 651: *È da notarsi che molte volte nella cefalotrissia, la base cranica, o perchè non bene e traversalmente presa, o per la sua resistenza, anzichè rompersi, eseguisce* un moto di *bascule* fra le branche del cefalotritore in modo da mettersi a corrispondere verticalmente all'asse pelvico. Con ciò si ottiene frequentemente l'intento di ridurre a sufficienza e di poter estrarre il capo attraverso canali pelvici di non eccessiva angustia, e di aversi la testa fetale cedevole abbastanza come allorquando *la base è stata discretamente sconnessa.*

Ed il Cuzzi, in un lavoro clinico-sperimentale sul *forcipe Guyon*, illustra bellamente tale punto, concludendo che raramente si otteneva la frattura della base cranica, assai frequentemente veniva questa a collocarsi obliquamente fra le branche.

Un'ultima questione è relativa alla cefalotrissia posteriore al tronco. Oltre ad alcuni degli inconvenienti già notati, parlando della cefalotrissia a capo previo, in questo caso se ne ha un altro e cioè la possibilità di lesioni portate dalle branche dello strumento sulle pareti uterine, lesioni più frequenti qualora la branca abbia lievissima curvatura cefalica; argomento che si trova illustrato nel citato articolo del Porro.

Riassumendo adunque la cefalotrissia è operazione difficilissima se il bacino abbia perduta la sua simmetria; il cefalotribo è strumento pochissimo atto all'estrazione del capo fetale (1), è strumento che riduce il cranio prevalentemente in un diametro opposto a quello per cui si pratica in via generale la cefalotrissia, è strumento voluminoso, pesante, simmetrico e che toglie cedevolezza al capo.

---

(1) Che il cefalotribo, anche il piccolo forcipe-cefalotribo Guyon, goda di poco potere traente deve esser noto a tutti que' pratici che abbiano applicato, od almeno visto applicare l'istrumento. Il Prof. Chiara in una delle *Conferenze-Rendiconto* dell'anno clinico 1877, narrando un caso clinico mostrava la *sua soddisfazione perchè il cefalotribo avesse lasciato la presa.* E con queste parole giustificava il giudizio: « siffatto mio avviso merita qualche schiarimento siccome quello che ha del paradossale, confrontato con lo studio quasi universale di quei pratici, che modificando in cento modi lo strumento, intesero più particolarmente di accrescerne la potenza di trazione. Supponiamo, e non è, che lo scopo sia stato raggiunto, e che la potenza sia in certo modo infinita e perciò superiore alla resistenza della testa e della pelvi, e supponiamo che questa sia, come nella nostra donna, universalmente e regolarmente viziata; perchè la estrazione del feto sia

E se la chirurgia ostetrica fornisse un istrumento *non* simmetrico, che riducesse in modo regolare *tutti* i diametri del capo, che fosse *poco* voluminoso e godesse *molto* del potere traente, non sarebbe cosa giusta, non sarebbe doveroso l' abbandonare il cefalotribo?

È con questo scopo che la cranioclastia fu proposta, fu attuata e modificata e di assai migliorata, gode ormai le simpatie di molti ostetrici insigni e di moltissimi pratici.

Il non esser fra noi ancor diffuso, e specialmente nella pratica dell' ostetrico che non appartiene alla schiera degli insegnanti, l'istrumento di Braun, mi spinse al presente scritto; e nuovo impulso n'ebbi allorchè potei praticamente sperimentare la bontà e la efficacia dello strumento.

3.° — Simpson - Barnes - Braun - Strumenti e processi.

Credo conveniente prima di descrivere l' istrumento proposto ed il processo di Braun, il solo che abbia incontrato il favore degli ostetrici, di ricordare brevemente le proposte di Simpson e di Barnes.

In una serie di articoli comparsi nel *Medical Times*, del 1860, 11 aprile, 29 maggio, 9 giugno, il Simpson proponeva un suo processo embriotomico che dovea sostituire la cefalotrissia. A compierlo presentava un nuovo strumento da lui denominato *cranioclaste.* L'istrumento che in ultima analisi si può considerare una pinza ossea ricordava il πιεστρον dei tempi ippocratici, la pinza del Ruef, del Boer, e quella osteotoma di Davis.

Tale cranioclaste risulta di due branche rette, lunghe come il corto forcipe inglese, l'una piena, l'altra fenestrata; la prima mu-

---

possibile sarà necessario assolutamente o che la testa, più che schiacciata, sia come spappolata onde possa modellarsi sulla filiera pelvica, oppure che tratta dalla potenza irresistibile dello strumento sia modellata dalla resistenza delle pareti del bacino; nel primo caso lo strumento non trovando nel cranio spappolato la necessaria resistenza scivolerà, e fallirà al compito suo; nel secondo la riduzione e l'addattamento dovendosi fare dalla resistenza della pelvi, questa e i tessuti molli che la rivestono dovranno subire offese tali (contusioni, lacerazioni, distrazioni, rotture) da mutare in rovescio il risultamento ottenuto grazie al troppo potere dello strumento; per contro sia cotesto potere inferiore alla resistenza della pelvi, e allora, toccato il limite massimo, lascierà la presa evitando lesioni pelviche irreparabili. — Pag. 71, 72. »

nita di perno, la seconda con una intaccatura per la conveniente articolazione delle branche; i manici ricoperti di legno presentano delle solcature trasversali, e due orecchiette onde offrire miglior presa alla mano.

Ecco come il Simpson si proponeva di usare l'istrumento (1). Praticata la craniotomia, secondo le regole date, introduce nell'interno del cranio la branca piena e porta quella fenestrata in corrispondenza dell'occipite al di dietro del *foramen magnum;* con moti di torsione, frattura l'occipitale e lo libera dai suoi attacchi con i parietali; qualora sia necessario, ripete tale manovra anche sui parietali; e talvolta anche sui frontali stessi. Indi usa del cranioclaste quale strumento *estrattore* seguendo le regole che dà a pag. 33, parlando dell'uncino e cioè: ne' casi semplici far presa sul parietale o sull'occipitale; ne' casi più difficili sul *foramen magnum* o dietro l'orbita; e più innanzi dice: « *dans les cas plus difficiles, faire degager tout d'abord l'occiput ou la face* ». Era sua cura di risparmiare per quanto possibile il cuojo capelluto onde impedire che le punte delle scheggie ossee che inevitabilmente doveano prodursi venissero a ledere le parti materne.

Simpson si riprometteva da questo suo procedimento, che le ossa craniche potessero diventare così cedevoli e duttili che spesso le sole contrazioni uterine bastassero ad espellere il feto; di impedire la formazione di scheggie ossee a margini acuti; di proteggere le parti materne con il cuojo capelluto, di rendere l'espulsione del capo più facile di quella del tronco. Credeva poi il cranioclaste una delle più utili pinze per la estrazione del feto, e che non avrebbe lasciato presa qualora il punto scelto fosse buono; riteneva finalmente che lo stritolamento delle ossa lasciasse sempre un punto di presa sufficiente per la estrazione.

Il processo quale fu proposto dal Simpson non incontrò il favore de' pratici, nè miglior fortuna ebbe nel campo sperimentale. Le sperienze di Haake riportate da Schniebs (2) e gli esperimenti sulla donna vivente non riuscirono.

Al cranioclaste di Simpson si rimproverò di essere *troppo breve*, di *essere retto* e quindi di difficile maneggio sopra teste libere

---

(1) Simpson. *Clinique obstétricale et gynécologique;* trad. Chantreuil, Paris 1874; pag. 34.

(2) Vedi Lauth. *De l'Embryothasie et en particulier de la céphalotripsie* Strasbourg, 1863.

allo stretto superiore, in tali casi eziandio di essere difficilissima la disgiunzione delle ossa quale voleva l'autore: in fine la capitale opposizione, il cranioclaste di Simpson toglieva bensì gli ostacoli offerti *dalla volta del cranio*, ma lasciava intatti quelli dati dalla *base*. Il Cuzzi, intorno all'attuazione pratica del processo, così scrive: « *che di proposito deliberato sia stata intrapresa e condotta a termine una cranioclastia simpsoniana io non lo concedo; almeno non conosco osservazioni autentiche e decisive su questo proposito* (1) ».

Però l'opera del sommo chirurgo inglese non fu del tutto infeconda; se la cranioclastia di Simpson non incontrò favore, vediamo però che il suo strumento fu riconosciuto ottimo fra gli strumenti estraenti, e vedremo più tardi che fu il germe di una delle più utili innovazioni, nel campo ostetrico, de' nostri giorni.

Sul potere estraente del cranioclaste tal quale venne dalle mani del Simpson, riporto per ora quanto scrive il Tarnier, riservandomi più tardi di dire quale successo abbia avuto fra noi. All'articolo *Embryotomie* del Nuovo dizionario di medicina e chirurgia, a pag. 673, così infatti scrive: « *Le crânioclaste est donc destiné à prendre place dans notre arsenal obstétrical.... Le crânioclaste n'est pas, croyons-nous, destiné à detrôner le céphalotribe, mais quand l'écrasement de la tête est complet, il devient un bon instrument d'extraction, et sous ce point de vue partiel il ne le cède en rien au céphalotribe* (2) ».

In una serie di lezioni sull'ostetricia operativa che il Barnes pubblicava nel *Medical Times and Gazette*, negli anni 1867-68-69, raccolte poi in volume e voltate dal Cordes nella lingua francese nel 1873 (3) si trova la descrizione di un processo operativo embriotomico, che il Barnes compie mediante una *pinza da craniotomia (craniotomy-forceps)*.

La pinza di Barnes richiama alla mente assai facilmente il cranioclaste di Simpson; come questa risulta di due branche l'una fenestrata, l'altra piena; differisce dall'istrumento di Simpson perchè un po' più robusto, di alcunchè più lungo e finalmente perchè provvisto all'estremo de' manici di un apparecchio di compressione a vite.

---

(1) Cuzzi. *Sul cranioclaste*. Studi ed esperienze. Torino, 1878.

(2) Jaccoud. *Nouveau Dict. de Med. et Chir.* Paris 1870. Tomo 12.°

(3) Barnes. *Leçons sur les Opérations obstetricales*. Paris 1873.

Ed ecco come il Barnes propone di far uso del suo strumento.

Praticata la craniotomia, l'estrazione del capo si può fare in diverse maniere: coll'uncino, mediante il rivolgimento, colla sua pinza, ecc.

Nell'usar questa, distingue differenti casi « *si la tête s'affaisse bien, et si la disproportion n'est pas considérable, il suffit saisir le front, qui étant en général dirigé à droite, est facile à prendre; mais, s'il y a quelque difficulté, il vaut mieux saisir l'occiput. La tête ne descend pas bien, la face première, si la voûte et l'occiput ne peuvent pas être écrasés contre la base. La compression du crâne se fait dans le passage même: la tête doit donc être assez ductile pour subir l'aplatissement et l'elongation necessaires* (1).

Se l'ostacolo da vincere è grave, il Barnes allora imita il processo che Braxton Hicks propose usando l'uncino: introduce la piccola branca nel cranio e l'altra tra il capillizio e l'osso che vuol asportare; strappa così parte dei parietali e dell'occipitale ed estrae i frammenti. Se il bacino non è molto viziato basta togliere due o tre pezzi ossei; tolto tanto di arcata cranica che tutta la volta possa disporsi a piatto sulla base cranica, fa presa sulla fronte e sulla faccia colla sua pinza, chiude la vite, e tira fortemente in addietro e mano mano che la testa discende il mento tende a girare all'innanzi. « *La tête vient de champ comme un disque* ».

Ecco l'importanza capitale col metodo del Barnes: la base cranica anche integra può essere condotta attraverso bacini assai viziati perchè l'ostacolo sebbene non tolto, tuttavia è girato.

« *Par cette méthode* (aggiunge Barnes a pag. 284) *je reconnais, avec Osborn, Burns, et Hicks, qu'une tête de volume ordinaire peut passer, sans danger pour la mère, à travers un diamètre conjugué de moins de* 51 *mill. pourvu que le diamètre transversal ait* 76 *mill.* ».

Ma anche la cranioclastia (chiamiamola così) di Barnes avrebbe forse avuto pochi seguaci; nel frattempo però richiamava l'attenzione del mondo ostetrico il Braun con i suoi successi. Esporremo adunque il suo processo, cominciando come abbiamo fatto per quelli Simpson e Barnes dalla descrizione dello strumento. L'istrumento che usa il Braun differisce in modo considerevole da quello proposto da Simpson.

---

(1) *l. c.* pag. 282.

Il cranioclaste di Braun è lungo 47 centimetri e pesa 1 chilogramma. La lunghezza totale dell' istrumento si divide così: dal perno all'apice delle cucchiaja cent. 20, dal perno all'estremo dei manici cent. 27.

Le due branche sono munite di curvatura cefalica in guisa che posto l' istrumento sul piano colla parte convessa in corrispondenza del piano orizzontale, la elevazione degli apici delle cucchiaja arriva a 4 centimetri.

Il cucchiajo solido è quello che porta il perno e l'articolazione si compie secondo il metodo tedesco (Brünninghausen), la branca fenestrata porta una cucchiaja larga complessivamente 2 centimetri circa: provvista di ampia fenestra nella quale viene ad immettersi esattamente la branca solida.

I manici sono rivestiti di gomma indurata e provvisti alla parte superiore di due alette onde agevolare la impugnatura dello strumento durante le tirate.

Sulla branca piena viene a fissarsi l' apparecchio di compressione che, per descriverlo brevemente, è molto simile a quello del cefalotribo di Blot.

Tale è l'istrumento che Carlo Braun di Vienna usa nella clinica da lui diretta fino dall'anno 1862.

Vediamo ora come lo applichi sulla testa, e per evitare qualsiasi questione su questo proposito consultiamo una fonte non sospetta, ossia il Braun stesso.

A pagina 793 della seconda edizione del suo Trattato, dopo aver parlato della perforazione della volta che egli ottiene sempre dal suo trapano curvo, e del secondo tempo od excerebrazione (il capitolo è intitolato *Metodica della craniotomia*) dice il 3.° tempo consistere nella cranioclastia e così si esprime: « nelle presentazioni del cranio la estrazione si compie nel miglior modo con il cranioclaste, del quale il cucchiajo pieno si spinge nel cavo cranico ed il fenestrato si porta sulla faccia, per cui la base del cranio ed il zigoma presi, possono essere mediante l'apparato di compressione in piani verticali paralleli, insieme compressi ed impiccioliti ».

« Il cranioclaste ed il cranio restano l' uno all' altro molto sicuramente fissati, per questo sono possibili vigorose trazioni e moti di rotazione del cranio e possono essere vinte anche grandi sproporzioni ».

« Nelle presentazioni della faccia dopo la perforazione in cor-

rispondenza della glabella, il cucchiajo fenestrato si porta nel cavo buccale o sulla mandibola, l'altro nel cavo cranico in modo che risultino presi la base del cranio ed il palato duro e validamente compressi si possa avere una sicura presa per la estrazione » (1).

Degli esiti favorevoli avuti dal Braun, della accoglienza fatta al suo istrumento, diremo più tardi: mi corre adesso l'obbligo di passare brevemente in rassegna come sia stata accolta in Italia la cranioclastia.

4.° — La cranioclastia in Italia.

Debbo anzitutto dichiarare che il contenuto di questo paragrafo non corrisponderà al titolo abbastanza superbo: *la cranioclastia in Italia.* Il fare uno studio storico-critico su questo argomento mi sarebbe stato addirittura impossibile, ed oltre che di un tempo assai più lungo, sarebbe stata necessaria una estesa corrispondenza co' signori dirigenti le varie cliniche e maternità italiane.

Questo ho voluto dichiarare per non essere tacciato più tardi di volontarie od involontarie omissioni; anzi soggiungerò che più specialmente studierò la cranioclastia in quella maternità, che per mia somma ventura fu il campo della mia pratica ostetrica.

Il dottor Antonio Guelmi in una tesi resa pubblica nel 1865 dal titolo *Considerazioni sulla cefalotrissia, cenni storici e sue applicazioni nel parto* (2) accenna ad un caso in cui nella maternità di Milano inutilmente era stato applicato il cranioclaste di Simpson, dopo la cefalotrissia, dal prof. Lazzati nel 1864.

Il Guelmi arrestandosi solo sul potere *estraente* del cranioclaste di Simpson, cita il caso di Tarnier alla clinica di Parigi, che in Italia era stato fatto conoscere in uno scritto dal prof. Domenico Chiara, e conclude sul cranioclaste invocando il giudizio della pratica clinica.

Il caso citato dal Guelmi si può conoscere in ogni particolare, da chi consulti il *Prospetto clinico della R. Scuola di ostetricia in*

---

(1) Carl Braun Fernwald. *Lehrbuch der gesammten Gynaekologie Zweite auflage,* Wien 1881, Wilhem Braumüller.

(2) Pavia, Tip. dei fratelli Fusi, 1865.

Milano per l'anno 1864 redatto dal dott. Gaetano Casati (1). Riguarda una rachitica secondipara con C. V. ridotta a mill. 63, con introflessione de' cotili, operata di parto provocato al settimo mese di gravidanza. Il parto fu ultimato coll'embriotomia; a pagina 137 si legge: Svuotato così il cranio della sostanza cerebrale, si tentò farne l'estrazione col cranioclaste di Simpson, il quale afferrava le porzioni dell'ossatura cranica, ma dietro le trazioni esportava solo quei piccoli pezzi, che si trovavano compresi entro le sue cucchiaja, e non tirava in basso il capo fetale. Il parto fu compiuto con il rivolgimento.

Ciò avveniva il 27 agosto 1864, e mi piace di citare quest'epoca che segna la prima applicazione del cranioclaste nella maternità di Milano. Quasi a scusare l'istrumento di Simpson, nella stessa pagina c'è la seguente nota che merita di essere integralmente riprodotta: Il cranioclaste allora usato, speditoci direttamente dal Weiss di Londra, non esattamente presentava le misure che gli diede il suo inventore, ma era più delicato e più breve. Ora possediamo il modello di cranioclaste modificato dal Barnes e delle dovute misure, il quale in certi casi riesce di molto vantaggio a preferenza delle pinzette dentate di Davis, di Van Huevel, di Chiari ed altri. Questa nota dell'egregio estensore di quell'importante rendiconto deve essere stata scritta nel 1865, epoca della pubblicazione del rendiconto stesso.

Ma non solo il Prof. Lazzati, in allora direttore della scuola, introduceva in questa gli istrumenti di Simpson e di Barnes; egli faceva anche di più, modificava l'istrumento togliendo a suo modo di vedere, taluno de' difetti che la pratica applicazione aveva mostrato nell'istrumento originale.

Apriamo infatti il Prospetto clinico della scuola di Milano per l'anno 1865 redatto ancora dall'egregio dottor Casati (2): a pag. 86 si legge a proposito di due craniotomie: « in un caso bastarono le cesoje di Smellie ed il forcipe, in altro occorse pure il cranioclaste di Simpson, *avendo il forcipe lasciato la presa*, ma in questa occasione lo strumento dell'ostetrico scozzese non venne usato che quale *pinzetta di trazione*, non come sostituto del cefalotrittore onde eseguire la così detta cranioclastia, o distruzione e frantumamento della base del capo fetale, come lo vuole desti-

(1) Tip. Fratelli Borroni, Milano, 1865.
(2) Milano, Tip. Boniardi Pogliani di Ermen. Besozzi, 1866.

nato il suo inventore e come pur giova in alcune occasioni, nelle quali non riesce il cefalotrittore, specialmente dopo *le modificazioni che al cranioclaste vennero introdotte dal prof. Lazzati* » il quale, riconoscendo in questo strumento due difetti, cioè l'essere *troppo corto* dal punto di congiunzione all'estremità delle cucchiaja, ed anche l'essere *un po' gracile* per gli scopi cui deve servire, lo modificò nel seguente modo.

« ..... Allungò la porzione dello strumento che dal punto di congiunzione si estende sino alla estremità delle cucchiaja rendendolo di pollici 6,6 (0.m 175), nè pago di ciò, volle pure l'istrumento più lungo nella porzione de' manici, per cui dal punto di congiunzione all'estremità de' manici ha una lunghezza di pollici 9,6 (0.m 277), rendendolo nel tempo stesso più robusto, ed abolendo la vite ideata dal Barnes, e che all'atto pratico non si trovò di un uso nè comodo, nè necessario. Con questi savii miglioramenti lo strumento di Simpson è destinato a riuscire di un utile incontestabile, potendosi così bandire dall'armamentario ostetrico gli uncini acuti, pericolosissimi sempre anche nelle mani del più esperto operatore, e che danno idea di una scienza ancora bambina e direi quasi barbara ».

Da questo momento il cranioclaste nella maternità milanese si può dire che non fu più totalmente dimenticato ma con differente fortuna più o meno usato. Ciò può vedere, colui cui venga voglia di scorrere anche brevemente gli scritti di Casati, Porro, Grassi, Chiarleoni, Mangiagalli risguardanti la maternità milanese.

Ma dobbiamo anche dichiarare francamente che per il Lazzati più che istrumento atto a far le parti del cefalotribo, era il cranioclaste indicato a compiere l'opera di questo: ed in una delle riviste pubblicate dal dott. Casati nel 1867 negli *Annali Universali di Medicina,* appunto discorrendo della tesi del dott. Guelmi sopracitata, a proposito del cranioclaste, il relatore esce in queste parole « esso è un reale acquisto per l'armamentario ostetrico, vuoi che si usi come *semplice strumento traente,* vuoi come mezzo atto *meglio a frantumare il cranio dopo praticata la cefalotrissia,* tanto più se si adopera lo strumento modificato dal professore Lazzati.... assistemmo replicatamente ad esperimenti fatti col cranioclaste così costruito, lo vedemmo usato sulla donna viva, e giammai non ha fallito..... »

Ma i buoni risultati di allora erano ben lungi da quelli che si ottennero negli ultimi anni coll'istrumento di Braun.

Toccato così di volo al primo ingresso clinico del cranioclaste, badiamo un momento alla letteratura ostetrica italiana su quest'argomento.

La diremo fin d'ora, ricca, seria, assai importante; predomina lo studio sperimentale del cranioclaste in genere, e di quello di Braun in modo speciale: i successi d'oltr'Alpe influivano beneficamente sui nostri ostetrici.

Prima per epoca e per importanza troviamo una Memoria del dott. Ercole Federico Fabbri (1).

Il Fabbri fu spinto allo studio del cranioclaste, da quanto egli vide alla clinica di Braun nel 1868, per ben quattro mesi, e n'ebbe poi maggior incitamento allorquando il Rokitansky junior, pubblicava il rendiconto di 52 cranioclastie (nell'anno 1871), avvenute alla clinica del prof. Braun, cranioclastie che comprendevano casi in cui dalla pelvi normale si arrivava alla pelvi viziata a 2 pollici (54 mill).

Il Rokitansky non dava le ragioni meccaniche dei successi del cranioclaste, ed il Fabbri cercò coll'esperimento di rintracciarle.

I risultati de' suoi studi possiamo così riassumerli.

A testa craniotomizzata il cranioclaste è il migliore degli strumenti estraenti come quello che *non fa perdere la cedevolezza alla volta cranica* e permette a questa di adattarsi alla forma ed alle dimensioni della pelvi. Il cranioclaste *stira le ossa della volta nel loro senso verticale ed obliquo, e favorisce così l'appiattimento della volta craniale.*

Fin qui il Fabbri considera sempre il caso, che tolto l'ostacolo della volta cranica, la base craniana non offra dimensioni superiori all'ostacolo pelvico. Contemplando invece questo ultimo caso conclude che se *la sproporzione è piccola e per immaturità od altra ragione, le ossa della base craniana non sono così resistenti come nella norma, il diametro bimastoideo può diminuire di lunghezza per la pressione che patisce dalle ossa pelviche e per le trazioni del cranioclaste.*

In altre circostanze invece il *cranioclaste può mettere di sbieco la base del cranio e la faccia sproporzionate all'ingresso della pelvi e vincere così la sproporzione.*

A pag. 21 poi scrive: *dai miei esperimenti io mi credo autoriz-*

---

(1) *Sull'embriotomia, compresovi il processo di cefalotripsia interna*, del prof. G. B. Fabbri. Bologna, Tipi Gamberini e Parmeggiani, 1875.

zato a concludere che esso valga a vincere la sproporzione di centimetri 1,5 *che esista fra la larghezza della base o della faccia e i diametri antero-posteriori dell'ingresso.* Però in qualche esperimento vinse persino sproporzioni di mill. 27.

Riguardo poi all' azione cefalotritica, scrive che esso può vincere la sproporzione *anche fratturando le ossa della base e della faccia,* ed a pag. 23 dice: *la facoltà di demolire la volta orbitale credo sia propria solo del cranioclaste di Braun..... per la curva cefalica delle cucchiaje che la converte in una specie di becco falcato, che permette di far presa nel punto stesso ove fu condotto dall'ostetrico.*

Parlando poi della cranioclastia nelle pelvi anguste in totalità: *è necessario per operare l' estrazione il flettere il capo abbassando l'occipite; ad abbassare poi la fronte e la faccia, giova durante le trazioni ruotare la faccia verso la sinfisi sacro-iliaca e quindi verso la concavità sacrale.*

Finalmente nelle pelvi assimetriche *il cranioclaste può permettere e favorire lo spostamento di tutto il capo verso il lato più ampio della pelvi.*

Il meccanismo adunque con il quale il Fabbri dimostrava il perchè l'istrumento di Braun facesse tânto agevolmente superare gli ostacoli è questo: *il cranioclaste fa ruotare la testa sul suo asse longitudinale, la base in conseguenza discende di sbieco.* A far ciò può bastare od una sola applicazione di cranioclaste, o due l'una per vincere la resistenza opposta dal diametro bimastoideo, l'altra quella del bimalare. L'applicazione quindi dell' istrumento vien fatta o sul parietale o sul frontale posteriore.

Il dott. Alessandro Cuzzi studia ancora il cranioclaste nel 1878 (1), fa uno studio completo *sulla pinza da craniotomia di Barnes,* illustrando l' argomento in modo esemplare; riguardo poi al cranioclaste di Braun dopo averlo studiato sperimentalmente e clinicamente arriva ad una conclusione del tutto consona a quella del dott. Fabbri e che qui riporto: 4.° *La sfera d'azione del cranioclaste del Braun si estenderebbe fino ai vizi pelvici di* 60-61 *millimetri, potendo esso vincere solo una sproporzione di* 15 *millimetri.*

Noto però che il Cuzzi nelle sue esperienze applica sempre il cranioclaste in corrispondenza della futura occipito-parietale post. ed occorrendone una seconda sul frontale post. ed in qualche

(1) Cuzzi Alessandro. *Sul cranioclaste. Studi ed esperienze.* Torino, 1878.

caso sul parietale post. o sull'occipite. Sebbene da qualcheduna delle sue sperienze risulti indubbia anche l'azione demolitrice del cranioclaste, tuttavia non se ne occupa in esteso. A spiegare poi i risultati clinici del Braun ne' vizi al disotto di 60 mm. accetta l'interpretazione del Fabbri (grande cedevolezza delle ossa e delle giunture in seguito alla morte del feto avvenuta da ore).

Nel 1879 il dott. Mangiagalli richiamava l'attenzione degli studiosi sui risultati ormai sorprendenti che si ottenevano nelle cliniche tedesche e sul modo con cui il Braun impiegava nella sua clinica il cranioclaste (1).

Un anno dopo, 1880, il dottor Bergesio di Torino, si propone l'importante quesito *cefalotribo* o *cranioclaste?* (2).

Dimostrati una volta di più i difetti della cefalotripsia ed istituite esperienze con il cranioclaste e riportati alcuni casi clinici, viene alle seguenti conclusioni:

1.° Che il cranioclasta è strumento capace di vincere sproporzioni eguali al cefalotribo ed all'uncino acuto.

2.° Che l'azione sua è di porre la base per sbieco e romperla pure, ove questo si voglia tentare.

3.° Che deflettendo il capo la frattura della base si ottiene più facilmente purchè il cranioclaste usato abbia curva sufficiente al morso.

4.° Che desso può agire collo stesso meccanismo della pinza Barnes, cioè facendo scendere il diametro mento sopranasale senza richiedere le complicate manovre di questo processo.

Il dott. G. Nicola (3) ripetendo esperimenti con l'istrumento di Braun, nell'istesso anno, 1880, veniva ai seguenti risultati: 1.° « Il cranioclaste del Braun può liberare la base craniana mettendola di sbieco mediante un moto di rotazione sul suo diametro occipito frontale. 2.° Si deve ritenere come non dimostrato che desso possa deflettere il capo sostituendo al vertice la faccia mediante pressioni esercitate colla branca intracranica sulla scaglia dell'occipitale, o mediante trazioni sul fronte. 3.° Non riuscendosi col medesimo a deflettere il capo non si può quindi applicare sulla

---

(1) *Impressioni di un ostetrico in viaggio. Annali di Ostetricia, Gin. e Ped.* Anno I, 1879.

(2) *Annali di Ost., Gin. e Ped.*, 1880.

(3) *Contributo allo studio del modo di agire del cranioclaste di Braun. Annali di Ost., Gin. e Ped.* 1880.

faccia e trascinare la base craniana di coltello attraverso lo stretto superiore come l' uncino acuto usato secondo gli insegnamenti della scuola inglese. 4.° L'azione demolitrice la base craniana del cranioclasta è limitata a piccole regioni. 5.° La frattura della porzione frontale della base ottenuta dal cranioclaste è forse più frequente di quelle delle rupi petrose. 6.° L' azione frangente la base craniana del cranioclaste non si deve considerare come costante ».

E domandando venia al lettore per le lunghe citazioni fatte, abbiamo finalmente compiuto il bilancio dei lavori sperimentali e clinici pubblicati fra noi in questi ultimi sette anni: ci volemmo mantenere affatto imparziali e quindi credemmo di dover riportare tali e quali le conclusioni degli egregi sperimentatori.

Però non ostante tanto lavoro il cranioclaste non ha ancora fra noi quel posto che ha conquistato segnatamente nelle cliniche tedesche ed austriache, ed ancor oggi (marzo 1882) trovo necessario quell' augurio che due anni fa il dott. Bergesio faceva al cranioclaste, che cioè gli ostetrici italiani volessero meglio favorire *questo degno strumento che così poco figura nella vera ed intrinseca sua azione in Italia* (1).

Quali sieno poi le ragioni non è tanto difficile il rintracciare. Noto intanto che la vittoria del cranioclaste al di fuori di noi fu forse più facile, qualora si pensi che in alcune di quelle cliniche non già al cefalotribo fenestrato ma bensì a quello classico venne a sostituirsi (2).

Fra noi invece mercè gli studi del Chiarleoni, Cuzzi e la illuminata direzione di clinici, quali il Chiara ed il Tibone, fu messa in evidenza la bontà di un istrumento che leggero, svelto, di piccola mole, poteva far superare vizi anche rilevanti, voglio dire del forcipe compressore Guyon.

Il processo di Guyon, tal quale era stato proposto dal chirurgo francese, sarebbe certamente stato ben presto bandito; l'impiego invece del solo suo forcipe, tal quale ci veniva messo in evidenza con prove cliniche dal Chiarleoni, e quale veniva sperimentalmente studiato dal Cuzzi, valse a richiamare l'attenzione de' pratici su quell'istrumento. S'aggiunga a ciò che fra noi ebbe prima

---

(1) Bergesio, *l. c.*

(2) Vedi in proposito: *Impressioni di un Ostetrico in viaggio;* lettere del dottor Mangiagalli Luigi. *Annali di Ost., Gin. e Ped.*

origine il cefalotribo fenestrato che non cessa d'essere un ottimo strumento. Alludo allo strumento di Lollini, tolta la trivella.

Ma non sono ancor tutte qui le ragioni, fra noi *il vero cranioclaste di Braun* non fu conosciuto che dopo il lavoro pubblicato dal Fabbri; gli altri istrumenti *rilevantemente da quello dissimili*, non poteano certo dare i risultati ottenuti al di fuori; naturale quindi che ai primi cimenti il nuovo strumento non rispondesse a seconda delle speranze de' pratici.

Un'ultima ragione finalmente è da ricercarsi nell'influenza che or più or meno ebbe la scuola ostetrica francese su quella italiana; orbene si sappia che il cranioclaste in Francia è ancora alle sue prime armi.

Ma per dimostrare quale sia la importanza pratica delle proposte di Braun mi sia permesso di riportare nel seguente paragrafo qualcuna delle statistiche dal Braun e da altri offerte, e qualcuno de' giudizi de' più chiari ostetrici.

5.° Alcuni dati statistici sulla cranioclastia Braun.

Il Braun nella sua clinica dall'anno 1862 al 1879, eseguì sempre l'embriotomia sul capo fetale con due soli strumenti e usò cioè del craniotomo a trapano da lui modificato e che corre sotto il suo nome nel mondo scientifico, ed il cranioclaste conosciuto anch'esso dall'appellativo di *Carlo Braun*. Dalla sua clinica il cefalotribo è affatto scomparso, ed egli scrisse in proposito nel suo trattato a pag. 789, *e mai più ho adoperato un cefalotribo* (*und niemals mehr ein cephalotrib in Gebrauch gezogen*).

I 52 casi pubblicati dal Rokitansky, nel 1871, ed in cui si ottenne sempre la liberazione con il cranioclaste, si debbono suddividere in due categorie: 47 volte cioè l'istrumento fu applicato sul *capo previo*, 5 volte sul *capo posteriore al tronco*. Negli anni decorrenti dal 1871 al 1878, altre 82 craniotomie furono praticate nella clinica e sempre compiuto l'atto mediante il cranioclaste; e in queste 82, 60 volte sul capo previo, 19 volte sul capo posteriore al tronco.

Di queste 82 madri operate 52 guarirono (71 %), 23 morirono (28 %). Ma questa mortalità in blocco deve essere analizzata.

Fra le morte il Braun enumera le seguenti: 1 volta eclampsia, 6 volte peritonite post partum, 2 volte fisometra durante il parto,

14 volte rottura spontanea dell' utero, diagnosticata al momento dell'accettazione.

Importantissimo è poi il seguente dato: di quelle pazienti che si presentavano sane al momento dell'atto operativo 6 morirono, il che riduce la mortalità dell'atto operativo al 7 %; in quelle invece che erano già gravemente ammalate prima della operazione s'ebbe la mortalità del 20 %.

Il Braun dice che il suo istrumento è il più utile per la estrazione del capo dopo la trapanazione; il Bidder, citato dal Braun sull' esperienza di 32 casi occorsi dal 1873 al 1876, conclude essere la cranioclastia di Braun il metodo *che offre minori pericoli.*

Il Wiener che pubblicò un interessantissimo studio fatto alla clinica di Breslau, diretta dallo Spiegelberg, conclude che *in rapporto alla sua utilità ed innocuità quale istrumento di estrazione a tutti gli altri strumenti a tale scopo proposti è da preferirsi* (1).

Dal 1872 alla clinica di Breslau viene usato esclusivamente il cranioclaste e la mortalità bruta si ridusse al 17 %.

Tali risultati sono ormai generalizzati e Spiegelberg, Schröder, Winckel, Hegar, Sthal, Fritsch, Breisky ed altri son divenuti partigiani convinti della cranioclastia.

Non potrei a meno di concludere colle parole di Spiegelberg: « il cranioclaste si colloca in sito facilmente, fa presa buona e scivola raramente; è di piccolo volume, non aumenta il volume del capo, in modo da potersi applicare là ove il cefalotribo non troverebbe posto. Può essere collocato in tutti i diametri del bacino, riduce in totalità il volume del capo, poichè accorcia tutti i diametri tirando sul cranio modellato a cono con l'apice in basso; col cranioclaste si può variare *ad libitum* la direzione delle tirate ed approfittare in conseguenza di qualunque spazio: per queste ragioni compie l'estrazione con facilità relativa, anche in condizioni sfavorevoli; infine le lesioni ai genitali materni sono quasi certamente evitate ».

E Fritsch chiude la sua conferenza colle parole: « la cranioclastia di Braun merita sicuramente una diffusione sempre maggiore fra la generalità dei medici » (2).

---

(1) Braun, *l. c. pag.* 790.

(2) *Il cefalotribo ed il cranioclaste di Braun.* Conf. Volkman, N. 150.

6.° — Osservazioni cliniche.

Espongo ora 12 Osservazioni cliniche da me raccolte nel biennio 1880-81 (1); mi sono attenuto esclusivamente a queste perchè in esse si è sempre usato di un istrumento che meglio si avvicina a quello descritto dal Braun, ed in qualcuna eziandio si cercò di attuare il modo di applicazione da lui raccomandato.

Osservazione I (inedita).

(*Operatore il Prof.* Domenico Chiara).

N. 297 del 1879. — È il caso di una primipara (illegittimamente gravida) accolta nella maternità il 14 dicembre, è giunta al suo 26° anno di età. Racconta come non abbia potuto camminare da sè che a 2 anni e mezzo; a 12 anni fu obbligata a letto per un mese, forma articolare (ginocchio destro).

Fu mestruata la prima volta a 12 anni; attualmente è filatrice. Dice di aver avuto l'ultima ricorrenza mestruale nella seconda quindicina del mese di marzo (1879).

All'esame ci appare di statura bassa (m. 1,37) e nel cammino lievemente clandicante a destra. L'esame del capo trova assimetria nelle bozze frontali in causa di un maggior sviluppo della destra; mediocremente sviluppati i zigomi; al tronco clavicole a curve normali, cassa toracica ben fatta, arti superiori assai gracili; la colonna vertebrale mostra solo modico grado di insellatura sacro-lombare.

L'arto inferiore destro è di un cent. più corto del sinistro e ciò in conseguenza di un notevole incurvamento del femore destro all'avanti ed all'esterno; pure la tibia destra è leggermente incurvata a concavità interna.

All'addome colpisce una notevole antiversione uterina; il globo uterino è alquanto obliquamente diretto a destra: presenta un diametro longitudinale di cent. 23 (preso tutto all'esterno). La palpazione lascia sentire l'ovoide cefalico allo stretto superiore ma con marcata tendenza a sfuggire nella fossa iliaca sinistra,

---

(1) Debbo qui rendere pubbliche grazie al Prof. Cav. Domenico Chiara, che mi lasciò liberamente disporre del materiale della Clinica da lui diretta.

l' ovoide podalico è in alto un po' a destra, il dorso a destra e posteriormente, le parti piccole fetali a sinistra e in avanti.

Il battito cardiaco fetale si diffonde in quasi tutto l'ambito uterino, è soffiante e di regolare frequenza (120, 130 al m.). I genitali esterni bene conformati coi caratteri della primipara.

Dimensioni della pelvi:

Circonferenza	cent.	75
Dist. fra le spine	»	21
» » creste	»	23.5
Altezza dell'ileo a destra . . .	»	18.5
» » a sinistra . .	»	18.5
Diam. obliquo destro.	»	21
» » sinistro	»	22.5
C. esterna.	»	16
Bitrocanterico	»	28

Il dito introdotto in vagina sente la porzione sottovaginale dell' utero completamente rammollata, di forma conica con apice in basso, con orificio esterno chiuso.

L'angolo sottopubico è di ampiezza normale, ambo i cotili sono introflessi ma più il destro; in corrispondenza dell' unione della branca orizzontale del pube destro con il corpo avvertesi un rialzo, una specie di ginocchio.

Il pube è alto 6 centimetri e più inclinato della norma; lo spessore è calcolato a 36 millimetri (pelvimetro di Van Huevel). Ecco le altre misure:

Coniugata diagonale (digitale) . .	80.84
Bisischiatico	70
Coniugata vera	68.70

Risultava dall' esame trattarsi di donna gravida, alla metà del 9° mese, con feto vivente in presentazione cefalica; pelvi deformata dalla rachitide, universalmente ed irregolarmente ristretta.

Dovendo prendersi una decisione sul da farsi, il 2 gennaio fu sottoposta a nuovo esame durante la cloronarcosi. Introdotta la metà della mano si potè constatare che la microcorda destra era di tanto ridotta da ammettere a stento due dita, la sinistra invece molto più ampia; quattro misurazioni della linea promonto sottopubica diedero una media di 83 millimetri.

Dall' esame, rifiutandosi il taglio cesareo, si decise di praticare l'embriotomia. Nel giorno stesso la donna andò di tanto in tanto provando delle contrazioni uterine, alla sera il collo era quasi completamente disfatto e l'indice poteva penetrare nel cavo uterino.

3 Gennaio, 10 ant. La dilatazione della bocca è di circa 3 cent., la testa è relativamente fissa, membrane integre T. 38,4. 3 pomeridiane, T. 39,2 lieve brivido di freddo. La dilatazione è di circa 4 cent. e la testa sempre sopra lo stretto superiore. Il battito sempre soffiante e debole nel quadrante inferiore sinistro.

Viste le condizioni generali della donna e considerando che la chirurgia conservatrice per il feto in quel caso non potea attuarsi (una volta rifiutata la sezione cesarea) si praticò la craniotomia col trapano Braun, ma dopo questa la donna essendo assai inquieta si procedette alla cloronarcosi che s' ottenne completa in pochi minuti. Introdotta la branca piena del cranioclaste per la praticata apertura della volta (previo spappolamento della sostanza cerebrale) si portò la fenestrata verso la sinfisi sacro iliaca destra, essendosi stabilita la diagnosi di presentazione di vertice in posizione O I S A: articolate le branche e stretta fortemente la vite si riconobbe buona la presa; alle prime trazioni la testa si abbassò alquanto ed abbondante uscì la sostanza cerebrale; senonchè ad un certo punto si udì uno scroscio e poco dopo si estraeva dai genitali l'istrumento asportando una porzione ossea che si riconobbe per il frontale sinistro e porzione nel parietale sinistro. Una seconda applicazione di cranioclaste, fatta nella stessa direzione, non riuscì a far conveniente presa, per cui l'operatore (prof. Chiara) passò all'impiego dell'uncino acuto; non avendo questo istrumento potuto far buona presa nell'interno del cranio, fu portato all' esterno, a destra ed assai in alto in guisa da venire a far presa sulla mandibola in corrispondenza dell'angolo sinistro. La presa fu tanto felice che rispose in modo completo alle speranze dell'operatore: si compiè cioè la deflessione del capo e la faccia in pieno apparve allo stretto inferiore. Nulla di speciale offrì l'estrazione del corpo fetale e il secondamento si compiva normalmente pochi minuti dopo.

Il feto di sesso femminile era di modico sviluppo; pesava grammi 2400 senza cervello. Tutta la volta cranica potea considerarsi come demolita non presentando la più piccola resistenza; la base però non era *che un po' sconnessa ma non rotta:* il frontale sinistro è quasi completamente mancante (presa del cranioclaste), la

mandibola fratturata in corrispondenza della presa fatta dall'uncino.

Affatto regolare decorse il puerperio ed in 13ª giornata la donna abbandonava l'ospizio (15 gennaio 1880) completamente ristabilita.

Osservazione II (1).

(*Operatore lo scrivente*).

Col N. 56 dell'anno 1880 veniva contrassegnata una primipara che l'11 febbraio p. p. domandava asilo in questo Ospizio verso le ore 3 pom.

Ci raccontava che il travaglio s'era iniziato il lunedì 9 febbraio verso le 3 pom., i dolori frequenti e le contrazioni valide al principio andarono scemando poi, ma non al punto da permetterle il sonno nella notte successiva; il martedì passò senza che il parto accennasse al compimento; la levatrice soprachiamata praticava la rottura artificiale delle membrane; la donna ci disse che abbondanti colarono le acque di un colore giallognolo chiaro. Il mercoledì infine, visto che il travaglio era da tempo sì lungo infruttuoso, fu chiamato l'egregio dott. Francesco Agudio, medico ostetrico, che riconosciuto lo stato delle cose, stante l'estrema miseria in cui versava la donna, la inviò senz'altro all'Ospizio.

È una giovine di anni 21, nessun precedente morboso nè per sè, nè da parte de' genitori, nè di due fratelli ed una sorella che tutti vivono e son sani. Fu mestruata la prima volta a 15 anni e la mestruazione decorse affatto normale e per l'epoca e per la quantità del sangue perduto, nè rilevanti furono i disturbi che l'accompagnavano. Nessun dato anamnestico che anche lontanamente ricordi la rachitide poichè assicura che già ad un anno di età camminava da sola.

L'ultima mestruazione incominciò il 3 maggio 1879; in quarta giornata, che per consuetudine era anche l'ultima, ebbe luogo l'unico ed incompleto abbracciamento; incompleto perchè la donna assicura che l'organo maschile non sfiorò che gli organi genitali esterni. Col coito cessazione immediata della mestruazione, un

---

(1) Si veda: *Di una singolare lesione riscontrata in un feto estratto con il cranioclaste. Annali di Ost. ecc.* 1880.

mese più tardi lieve nausea, mai però seguita da vomito; al 4° mese la giovine avverte i moti attivi fetali; il continuo accrescimento del volume del ventre, la sospensione de' mestrui, l'ingrossamento delle mammelle fanno sospettare alla paziente una gravidanza che vien diagnosticata qualche mese dopo da una levatrice da lei consultata.

Un esame dettagliato ci mostra una donna ben nutrita con tessuto adiposo piuttosto abbondantemente sviluppato; simmetriche le linee della faccia, non protuberanti le bozze parietali e le frontali, non accentuati i zigomi, nè acuta, nè molto sporgente all'avanti la mandibola. Denti della mascella superiore regolari, piantati sopra una linea che passa al davanti di quella corrispondente ai denti della mandibola. Non presentano i denti le caratteristiche striature longitudinali che si osservano sì frequentemente ne' rachitici. Arti superiori e tronco ben conformati; colonna vertebrale diritta, esagerata alquanto la curvatura sacro-lombare — gli arti inferiori pure diritti e senza speciali note rachitiche delle curve femoro-tibiali e l'ingrossamento dei capi articolari.

L'esame dell'addome ci mostra: utero sviluppato prevalentemente nel senso longitudinale il cui fondo arriva alla zona superiore sopra-ombellicale — è lievemente obliquo a sinistra. La palpazione riscontra una grossa parte fetale in basso, coi caratteri della testa, parti piccole in alto verso sinistra. L'ascoltazione lascia distinguere il soffio uterino nel quadrante inferiore sinistro, il battito cardiaco è distinto in ambedue i quadranti inferiori, ma più sulla linea mediana — è regolare — e segna 140 per millimetro.

La pelvimetria esterna praticata col pelvimetro di Baudelocque dà: distanza fra le spine cent. 21, fra le creste 21; C. esterna 17. Diametri obliqui 25. — Bitrocanterico 30,5. — La circonferenza pelvica misura cent. 76. Abbiamo già notato che il pannicolo adiposo è abbastanza sviluppato, dobbiamo inoltre aggiungere che la palpazione mostra le ossa iliache alquanto spesse. Il riscontro ci dà il seguente reperto: normali le grandi e piccole labbra — avanzi dell'imene, ostio vaginale rigido — pure rigido il perineo come pure la vagina — collo uterino affatto scomparso, dilatazione dell'orificio di circa 5 centimetri; membrane rotte; acque colate quasi in totalità; il dito tocca la parte presentata che è la testa in posizione DT, diagnosi però un po' incerta stante la presenza di un esteso tumore di parto che oscura alquanto la ricerca

dei noti punti di riscontro. Il dito arriva non difficilmente sul promontorio, e con facilità il dito può toccare l'intera circonferenza pelvica.

L'utero durante questo esame si manteneva nella calma; la donna non accusava dolori: solo mostravasi stanca del già lungo (48 ore) e fino allora infruttuoso travaglio.

Il risultato del nostro esame ci mostrava adunque una donna al termine della prima gravidanza, in travaglio di parto da circa 48 ore, con una pelvi che mostravasi universalmente ristretta ma irregolarmente e la cui coniugata vera poteva calcolarsi da 78 ad 80 millimetri. S'aggiungeva a tutto ciò che l'utero stanco del lungo lavoro si trovava in uno stato di inerzia.

E fu contro questa che si volse dapprima la terapia. Ben ricordando che *tutto ciò che altera il rapporto fra contenente e contenuto è un buon mezzo per ridestare un utero inerte*, si introduce nel cavo uterino una candeletta elastica, mezzo questo che corrisponde praticamente bene, quando però si abbiano tutti quei riguardi e quelle cautele che si debbono avere per tutto ciò che vien portato nel cavo uterino. Ed anche in questo caso pareva che il mezzo servisse, poichè non erano passati che pochi minuti e già una serie di contrazioni uterine s'era venuta producendo; però mezz'ora dopo la calma era ritornata. Non domandando lo stato della donna un pronto intervento, nè reclamandolo quello del feto si rimase spettatori tranquilli. Due ore circa dopo il battito fetale si fa oltremodo frequente e raggiunge le 162-168 pulsazioni al m.; è di molto indebolito e di quando in quando odesi irregolarmente intermittente; l'esplorazione riscontra le cose come al momento dell'accettazione, tolto forse un lieve aumento nella dilatazione, vi ha però in più che il dito ne esce sporco per meconio non già prosciolto ma a piccoli fiocchi.

Reclamandolo la salute del feto, non controindicandolo in modo assoluto la dilatazione dell'orificio uterino che si potea considerare di 6 cent., si tenta un'applicazione di forcipe; si presceglie il forcipe Naegele date le peculiari circostanze. L'introduzione è resa alquanto difficile dalla piccolezza nell'ostio vaginale e dal poco spazio che c'è ai lati del bacino: si praticano alcune trazioni nell'asse dello stretto superiore ma la testa non si muove; un'attenta esplorazione mostra che il forcipe ha tendenza a scivolare all'avanti e ad esercitare una non indifferente pressione sulla sinfisi pubica; si toglie l'istrumento e si applica due altre volte

di seguito, ma la testa non discende. Perdurando la vita del feto si tenta un' applicazione del forcipe Pajot, sperando con questo, atteso il maggior braccio di leva, di poter riescire nell' intento; si fanno trazioni considerevoli, ma la testa per nulla discende. Si toglie l' istrumento. Durante questi tentativi sono trascorsi circa 20 minuti, ed in questo frattempo la vita del feto già minacciata dapprima, se n'è andata; l'ascoltazione ripetuta lascia sentire dapprima qualche rara pulsazione, più tardi nulla.

La nuova via da prendersi era così resa più facile e fu tosto attuata. — Con un trapano Braun, media grandezza, fu perforata la volta, con una pinza fu spappolata la sostanza cerebrale e si applicò poi il cranioclaste Braun (fabbrica Leiter di Vienna). La branca esterna fu collocata in corrispondenza della destra metà del bacino là ove lo spazio era alquanto maggiore; articolate le due branche si mise in moto la vite girando lentamente onde permettere all' istrumento di fare una presa buona e là ove meglio poteva. Caute, prolungate e sostenute trazioni furono fatte nell'asse dello stretto superiore, e dopo un certo tempo la esplorazione potè constatare che la parte discendeva; raggiunto il piano perineale, non ostante che la testa presentasse demolita ed allungata la volta, l' orifizio vulvare essendo oltremodo stretto, onde evitare guasti maggiori, furono praticate due incisioni laterali sul margine vulvare.

Fuoriuscito il capo, il tronco oppone considerevole resistenza ed è solo dopo trazioni sostenute che anch'esso si disimpegna.

Il secondamento avviene qualche minuto dopo aiutato da pressioni esercitate sul fondo dell'utero; questo si mantiene inerte e solo sotto continue fregagioni praticate sul globo uterino e sotto l'uso della segale cornuta, si contrae in modo da lasciarci sicuri.

Il feto è di sesso femminile ed è a termine. Pesa gr. 3100 senza cervello ed è lungo 48 cent. e mezzo.

Le conseguenze di tale serie di atti operativi furono delle più innocenti; tolta una febbre che toccava a sera il 39° per lasciar luogo all'apiressia al mattino susseguente, e che si ripetè per tre dì di seguito non preceduta però nè accompagnata da brivido di freddo, e tolto un certo grado di fetore della lochiazione dovuto alla eliminazione dei tessuti che furono inevitabilmente contusi nell' estrazione del capo, null'altro s' ebbe di spiacevole a notare e la donna abbandonava la Clinica in perfetta salute il 25 febbraio. Prima dell' uscita, nuovamente esplorata, potemmo ricono-

scere che dovea esser avvenuta una lacerazione della mucosa vaginale all' avanti ed a sinistra, ciò deducendo da una longitudinale e lineare cicatrice che il dito riscontrava.

L' esame del feto ci mostra il tumore di parto sul parietale sinistro: è su quest'osso che fece presa il cranioclaste producendo fratture molteplici di quest' osso e della squama dell' occipitale; sull' altro parietale, il destro, quello che venne a corrispondere al promontorio notasi una profonda depressione a cucchiaio con frattura che decorre secondo la diagonale che unisce gli angoli inferiore-anteriore e posteriore-superiore del parietale stesso. Il foro della craniotomia è caduto sulla sutura sagittale circa un centimetro all'avanti della fontanella triangolare.

La base craniana è perfettamente integra.

Da queste lesioni si poteva fare una diagnosi postuma del vizio pelvico, si poteva cioè dedurre che il bacino era ridotto in tutti i sensi, massime nell'antero posteriore, ma modicamente: la testa infatti formava un lunghissimo cono coll'apice al punto della volta perforata dal trapano, con due profonde depressioni formate sul parietale anteriore dall'istrumento, sul posteriore dal promontorio che aveva fratturato ed introflesso il parietale stesso.

Il diametro bimastoideo misurava mill. 60.

Osservazione III (inedita).

(Operatore lo scrivente).

Ricoverata N.° 151 del 1880. — Perviene in travaglio di parto il 18 giugno 1880 alle 5 pom. È di statura bassa e lo scheletro non lascia dubbi di pregressa rachitide: è a termine della attuale gravidanza che è la seconda.

La prima gravidanza decorsa affatto normale fu chiusa con parto strumentale (forcipe). L' atto operativo fu assai laborioso, il feto venne estratto cadavere, e la donna ne ebbe in conseguenza una completa lacerazione del perineo.

Il dottor Agudio che la invia all'ospizio la dichiara in travaglio di parto da circa 16 ore ed affetta da rilevante stenosi pelvica.

La donna al primo esame ci apparve assai stanca, temperatura generale elevata (39,6). L' esame dei genitali mostra distruzione completa del corpo perineale comprendendo anche lo sfintere esterno dell' ano. La donna ci racconta che dopo il primo parto

strumentale perdette involontariamente le feci per 5 o 6 mesi. Dai genitali esterni cola un liquame verdastro. Il vertice si presenta in posizione S. A.; la dilatazione della bocca è di circa 6 centimetri; il promontorio sacro vertebrale è facilmente raggiungibile dal dito, e sembra alquanto spostato a sinistra C. D. 85 mill. (C. V. 75), il vertice è appena impegnato, respingibile, il battito cardiaco fetale molto debole a 145 al m.; nel quadrante inferiore sinistro. A scopo igienico si fa praticare, prima di tutto un bagno generale caldo, dopo il quale la donna è presa da violento brivido di freddo.

Il persistente battito cardiaco fetale consiglia un cauto tentativo di liberazione con il forcipe (Naegele), non essendo riuscito si toglie l'istrumento, si pratica la craniotomia Braun e si applica poi il cranioclaste che fa ottima presa in corrispondenza della regione temporo-parietale sinistra, si tira dapprima in corrispondenza dell'asse del bacino; esce copiosamente la sostanza cerebrale ma la testa non scende; allora, contemporaneamente alle tirate in basso, si portano i manici dello strumento verso il pube ed in tal modo assai facilmente si riesce a far superare l'ostacolo pelvico al ridotto capo fetale.

Il feto estratto di sesso maschile pesava grammi 2800 senza cervello e senza parte di sangue ed era lungo mill. 490 (260-230), il diametro bimastoideo misura mill. 65.

Il puerperio decorse affatto normalmente e la donna abbandonava l'ospizio il 28 giugno 1880 in 10ª giornata di puerperio.

Prima di lasciarla partire prendevamo le misure esterne della pelvi e nuovamente le interne, ed eccone i risultati:

Distanza fra le spine	23
» fra le creste	23,5
Obb. destro.	23
» sinistro	24
Conjugata esterna.	15,5
C. diagonale	85 mill.
C. vera	75 »

Osservazione IV (inedita).

(Operatore il dottor L. Mangiagalli*).*

N. 199 del 1880. — Accolta il 26 agosto 1880, di anni 34, secondipara; il primo parto terminato artificialmente colla craniotomia.

Segni marcati di rachitismo pregresso, specialmente agli arti inferiori, ricorre alla maternità per i suggerimenti dati da chi terminava il suo primo parto mediante l'embriotomia.

La pelvimetria esterna dà il seguente responso:

Circonferenza pelvica . . .	cent.	83
Distanza fra le spine . . .	»	24
» fra le creste . . .	»	25
Conjugata esterna.	»	18
Obb. destro	»	24
» sinistro	»	23,5

Il dito introdotto in vagina arrivava con discreta facilità su promontorio e la conjugata diagonale vien valutata da 90-92 mill. Risultando in conseguenza la conjugata vera di circa 78-80 mill. si decide, in vista anche dell'andamento del primo parto, di interrompere artificialmente la gravidanza al principio del 9° mese.

Il 28 agosto 1880 si incominciano a questo scopo le doccie ascendenti calde (38°) di acqua fenicata (2 %), che si ripetono il 29, 30 e 31 agosto, al numero di due al giorno, impiegando circa 25 litri di acqua per ciascuna doccia.

Il 1° settembre alle 10 ant. si introduce una candeletta nel cavo nterino; tre ore dopo comincia gocciolìo di liquido amniotico che continua per tutta la notte e giornata successiva. Malgrado ciò, scarse e poco valide sono le contrazioni uterine. Alle 10 ant. del giorno 2 si introduce un tubo di Tarnier: a questo momento, ecco quali erano le condizioni al riscontro: affatto distrutta la porzione vaginale del collo; orificio esterno come scavato nell'infundibolo vaginale, canale cervicale qua e là imbrigliato da cicatrici, ed in conseguenza cambiato in un canale tortuoso. La collocazione del tubo di Tarnier non porta gli effetti desiderati e cade in vagina alle 9 e mezzo ant. del successivo giorno 3 settembre, senza aver determinato un regolare avviamento del travaglio.

La presentazione è sempre quella del vertice; il dorso del feto guarda a destra e posteriormente. Il battito cardiaco fetale s'è fatto irregolare e profondo, e qualche ora dopo non è più percepibile: la donna ha febbre e la temperatura si eleva a 40 centigradi; la partoriente avvertì anche lieve brivido, è stanca, ma però accusa ancora benessere generale. Si prescrive 1 grammo di chinina; nella notte nuovi e ripetuti brividi con elevazione a 40°,6; l'ultimo brivido (alle 7 ant. del 4 settembre) è susseguito da collasso (la temperatura ascellare discende a 36°,7). Injezioni ipodermiche di etere solforico, e generosa amministrazione di Marsala con tintura di muschio, la rianimano alquanto. Alle 8,30 ant. del 4 settembre, il collo è dilatato a 4 centimetri, ma irregolarmente, poichè tale dilatazione è fatta tutta a spese della metà sinistra. Alle 9,30 ant., essendo cessato ogni segno di collasso, si passa alla cloro narcosi, essendo la donna assai inquieta, si pratica la craniotomia col trapano Braun di media grandezza, e si colloca poi in sito il cranioclaste di Braun, portando la branca fenestrata a sinistra ed in avanti (la posizione era O. I. D. P.).

La presa è efficace e la branca esterna cade sul fronte spingendosi fino all'angolo orbitale interno dell'occhio destro. L'estrazione riesce facile, ed al feto tengono dietro copiosissimi fetenti gaz da putrefazione, per cui si pratica subito generosa lavatura intrauterina fenicata. Non compiendosi il secondamento, viene introdotta la mano nel cavo uterino e si può constatare universale aderenza della placenta coll'utero: spiegato con ciò il mancato secondamento e la nessuna emorragia.

La creatura estratta era una femmina putrefatta, pesante gr. 2100, senza cervello.

L'iniziato processo settico, già durante il parto, ebbe il decorso che era ovvio attendere, e la donna moriva al 5° giorno di puerperio.

La sezione che avrebbe meglio chiarito la pelvica viziatura, e che avrebbe portato non spregevole contributo agli accidenti del secondamento, non potè esser eseguita per la tenace opposizione del marito.

Osservazione V (inedita).

(Operatore lo scrivente).

N. 234 del 1880. — Primipara, di anni 23, accolta il 3 ottobre. L'esame istituito, poco dopo l'ingresso, ci mostra la ricoverata, gravida alla fine dell' 8° mese; la sua pelvi era una pelvi piatta, non rachitica: questo appiattimento c'era svelato tanto dall'esterno che dall'interno esame. Infatti il primo dava:

Circonferenza pelvica . . .	cent.	74
Distanza fra le spine I. A. S.	»	24
» C. I.	»	25,5
Obb. (destro sinistro) . . .	»	25
Conjugata esterna	»	16,5

Il dito portato in vagina *potea appena raggiungere* il promontorio sacro-vertebrale.

Il travaglio si iniziò spontaneamente il 5 novembre alle ore 6 pomeridiane con la perdita abbondante di acque amniotiche. Alle 9 pom. il riscontro trova ancora persistente il collo uterino, ed il dito che appena può per quello passare trova un' ansa di cordone pulsante nella regione della sinfisi sacro-iliaca sinistra.

Il 7 novembre alle 9 ant. il collo è completamente cancellato e la bocca uterina dilatata a 2-3 cent.; il funicolo nel campo, il vertice un po' impegnato e con questo il piede sinistro e la mano sinistra; si praticano tentativi di riduzione del piede e del funicolo ma inutilmente. Alle 3 pom. la dilatazione è di 3 cent. circa, la donna assai stanca e febbricitante; alle 8 pom. il cordone procidente esplorato di tanto in tanto non lascia sentire pulsazione alcuna; urgendo ormai la liberazione della donna ed essendo *la dilatabilità massima della bocca uterina* di 5 cent. si crede conveniente passare all'embriotomia. Craniotomia con il trapano Braun che cade sul parietale posteriore (destro - il vertice si presentava in O. I. D. P.) in vicinanza della fontanella triangolare, indi cranioclaste che si applica dapprima a destra della donna e che asporta solo parte del parietale, e successivamente colla branca fenestrata nella metà sinistra della pelvi, e questa volta vien staccato tutto il parietale destro, e *lussata la rocca petrosa destra*, la testa è così trascinata allo stretto inferiore; ma qui tutto l'o-

stacolo è offerto dall'utero che si abbassa col capo; non vuol cedere, onde si fanno sul contorno due piccole incisioni e poi si deflette la testa con un uncinetto e si estrae il capo; eguale ostacolo oppone il tronco, vinto però con l'uncino acuto portato sullo sterno.

Il feto estratto (maschio) pesava gr. 2800 senza cervello; secondamento normale.

Puerperio fisiologico. Il 21 novembre 1880 exeat.

Osservazione VI (inedita).

(Operatore lo scrivente).

N. 238 del 1880. — Primipara di anni 24, pelvi normale. Il travaglio si inizia il 29 dicembre 1880, alle ore 9 ant. Le acque colano il 31 dicembre alle 3 ant.; alle 2,45 pom., durando già il travaglio dilatante da circa 53 ore, ecco quali erano le condizioni: donna stanca, battito cardiaco fetale non reperibile da circa 24 ore, moti attivi fetali non avvertiti; vertice allo stretto superiore in posizione D. P., dilatazione della bocca uterina da 5 a 6 cent.

Nell'interesse della madre volendo intervenire, ed essendo morto il feto, era conveniente non far di questo alcun conto, si procede quindi alla craniotomia Braun che cade in corrispondenza della fontanella triangolare e si applica poi il cranioclaste di Braun. La branca fenestrata cade sopra una linea che dalla fontanella triangolare arriva in corrispondenza dell'osso malare destro comprendendo nella presa l'apofisi mastoide destra e l'intero padiglione dell'orecchio.

Alle prime tirate sul cranioclaste l'occipite girò spontaneamente all'avanti e si portò sotto l'arcata pubica. La testa ed il tronco furono estratti senza ledere il perineo. Il feto femmina pesava gr. 2770, senza cervello, ed era lungo cent. 50.

Il puerperio fu morboso per parametrite lieve destra e per flebite crurale sinistra.

Abbandonava l'ospizio, solo il 20 marzo 1881.

Osservazione VII (inedita).

(Operatore il prof. Domenico Chiara).

N. 97 del 1881. — La storia seguente è assai interessante anche per i precedenti della donna.

È accolta il 28 aprile 1881, presagendo la donna che fra qualche ora il travaglio di parto si sarebbe francamente dichiarato.

Precedettero all'attuale cinque gravidanze, ed ecco l'andamento dei parti.

Il 1° a termine di gravidanza fu terminato con il forcipe ed il feto nacque *morto*.

Il 2° pure terminato con laboriosa applicazione di forcipe, diede un *feto morto*.

Nella 3ª si verificò spontanea interruzione di gravidanza alla fine dell'8° mese, ed il *feto venne morto*.

Alla 4ª gravidanza ricorse all'arte; fu praticato il parto prematuro artificiale sul principio dell'8° mese ed il parto terminò coll'espulsione di un *feto morto*.

Il 5° parto prematuro (nel corso del 9° mese) spontaneo diede ancora un *feto morto*.

Ecco adunque cinque vittime successive; nel corso dell'attuale gravidanza la donna domandò se l'arte poteva intervenire per darle un feto vivo, escludendo però il parto prematuro, poichè i tre avvenuti (2 spontanei, 1 provocato) nulla le facevano sperare di buono. Ella promise che all'inizio del travaglio sarebbe comparsa alla Maternità, disposta a qualunque sacrifizio per la vita del portato.

L'abito della ricoverata è palesemente rachitico. La statura è di metri 1,48. La pelvimetria esterna:

Circonferenza pelvica	cent.	77
Distanza fra le spine	»	23
» » creste. . . .	»	24
Diametri obliqui	»	24,7
Conjugata esterna	»	15,5

Il dito in vagina può agevolmente toccare il promontorio, e la conjugata diagonale misura mill. 88; la conjugata vera deducendo solo 10 millimetri sarebbe adunque di mill. 78.

Il travaglio si inizia alle 8 ant. del 26 aprile, ed alle 11 ant. del successivo 30 aprile, completa essendo la dilatazione della bocca uterina, si rompono artificialmente le membrane: il periodo dilatante era così durato, ore 27.

Nelle sette ore decorse dal momento della rottura delle membrane, alle 6 pom. del 30 aprile, sebbene continuate e valide fos-

sero state le contrazioni uterine, ben limitato era stato il progresso del travaglio; infatti a questo momento la parte presentata (vertice in posizione S. T.) è ancor tutta sullo stretto superiore ed il promontorio è interamente accessibile al dito. Il vertice poco fisso allo stretto superiore è anche poco flesso, poichè si esplora abbastanza agevolmente la fontanella bregmatica e si nota anzi che il margine anteriore dei parietali è passato sotto al margine de' frontali.

La temperatura della donna si è alquanto innalzata (38,2).

E qui bisogna avvertire che la donna, stanca dell'andamento del parto, desidera ormai di esser liberata e rinuncia perciò ad ogni speranza di avere il feto vivente, preferendo a quella del figlio la sua salvezza.

Ne' limiti della viziatura, e mantenendosi palesi i battiti cardiaci fetali, era ancora conveniente qualche tentativo di chirurgia ostetrica conservatrice per il feto, sebbene non illusi dell'esito finale, per i dati de' parti antecedenti.

Si procede allora all'applicazione del forcipe Tarnier (modello 1879), e tutto procede bene: ma alle prime tirate l'istrumento mostra tendenza a scivolare, per cui lo si toglie e lo si riapplica.

Nella seconda applicazione si stringe la *vite quanto si può*, ma dopo la seconda tirata, nuovo scivolamento.

Si ricorre allora al forcipe Naegele; la presa è ottima, ma forti tirate e successivamente di differenti operatori non valgono a far discendere il capo.

Che fare? Deciso il sacrifizio del feto, era meglio curare gli interessi della madre e liberarla prontamente, considerando cadavere quel feto che però protestava ancora coi battiti del suo cuore.

Il craniotomo risolse la questione ed il cranioclaste liberò prontamente la donna.

Il tumor di parto è prevalente sul parietale posteriore (sinistro); la craniotomia è caduta sulla metà sinistra della sutura coronale ed interessa frontale e parietale, - la presa del cranioclaste è la seguente: il parietale corrispondente è rotto, le branche comprendono anche la squama del temporale e l'apice de' morsi interessa la base del cranio nella fossa media quasi a ridosso della rocca petrosa sinistra che è *abnormemente mobile.*

Tenuto conto del peso del cervello, si può calcolare il peso complessivo del feto a gr. 3160; era lungo cent. 47.

Il puerperio decorse in modo tipico e la più alta temperatura fu di 37,9.

In 9ª giornata, contro l'assoluto divieto del Professore, la puerpera abbandonava la clinica (8 maggio 1881).

Osservazione VIII (inedita).

(Operatore lo scrivente).

N. 133 del 1881. — Terzipara di abito manifestamente rachitico ripara in travaglio di parto il 24 giugno 1881.

Il travaglio s'è iniziato il 23 giugno a mezzogiorno, ed alle 7 pom. colava spontaneamente il liquido amniotico.

La pelvimetria esterna trova:

Circonferenza pelvica	cent.	77
Distanza fra le spine	»	23
» » creste. . . .	»	22
Diametri obliqui	»	25
Conjugata esterna	»	17.5

Il promontorio è raggiungibile dal dito e la conjugata diagonale può valutarsi a mill. 90; deducendo soli 10 mill. la C. V. può esser ritenuta di mill. 80.

Alla 1 pom. la bocca uterina è dilatata a circa 7 cent., il vertice si trova ancora al disopra dello stretto superiore e solo un piccolo segmento pesca nello scavo; a ridosso dell'angolo sacro vertebrale un po' all'avanti si esplora il bregma; la sutura sagittale nel diametro obliquo destro; si pensa adunque ad una presentazione del vertice in posizione occipito iliaca anteriore destra, non molto flessa, essendo il bregma abbastanza basso.

Alle 9 pom. durando già il periodo espulsivo da ore 33 circa, le condizioni locali sono identiche, colla variante che la bocca uterina è alquanto più dilatata. Nell'interesse della madre si interviene.

Si applica il forcipe inglese con branche di trazione (1); la branca destra riesce di difficile collocazione, e la congiunzione pure non è facile. Alle prime tirate si vede che l'istrumento ha

(1) Il modello esistente nella Scuola fu gentilmente donato dal Prof. A. Russell Simpson di Edimburgo nel maggio 1881.

tendenza a scivolare: non più fortunato è il forcipe di Tarnier (1879) in due successive applicazioni, e quello di Pajot che resiste alle tirate non è capace di abbassare il capo di un millimetro. Il battito cardiaco fetale s'è nel frattempo fatto assai irregolare e lento (da 20 a 30 pulsazioni per m.), onde si passa alla craniotomia ed all'impiego del cranioclaste Braun: la branca fenestrata si porta in corrispondenza della sinfisi sacro-iliaca sinistra onde portarla in pieno fronte; la diagnosi posta era di presentazione del vertice in posizione O. I. D. A.; con facilità si estrae il capo fetale, ma questo si estrinseca in occipito posteriore sinistra senza aver impresso movimento alcuno di torsione all'istrumento, nè senza che il capo abbia spontaneamente ruotato. Questo fatto e l'ispezione del cadavere ci provano che la diagnosi posta era errata; si trattava invece di una posizione S. P.

La craniotomia è caduta sull'angolo ant. superiore del parietale sinistro, ed il cranioclaste ha fatto presa su quest'osso lungo la sutura sagittale. Il parietale sinistro è fratturato in modo da risultarne quattro frammenti di forma assai irregolare; fratturata è pure parte della porzione squamosa dell'occipitale; sul parietale destro si nota profonda depressione.

Il feto estratto (femmina) pesa gr. 2380 senza cervello e senza una parte di sangue.

Il puerperio decorse assai bene, tolta una elevazione termica a 40,4 in 3ª giornata, ed il 5 luglio 1881 in 11ª giornata la paziente abbandonava l'ospizio.

Osservazione IX (inedita).

(Operatore lo scrivente).

N. 154 del 1881. — Decipara, contadina accolta in travaglio di parto il 15 luglio 1881.

Ricorre all'ospizio per il fatto che nel giorno antecedente aveva notato grave emorragia dai genitali. Il pratico chiamato praticò un tamponamento vaginale (il materiale complessivamente adoperato non superava il volume di 2 uova di gallina) e poi inviò la donna alla Maternità.

Il riscontro trova il collo non ancora disfatto e permeabile a due dita al più; il dito sente ovunque tessuto placentare: la palpazione mostra il vertice allo stretto superiore, il dorso del feto

a destra, e l' ascoltazione nel quadrante inferiore destro trova il focolajo del battito cardiaco fetale.

La perdita di sangue dai genitali continuando e non potendo pensare in quelle condizoni alla terminazione del parto, si pratica il tamponamento con il colpeurynter di Braun (riempito di acqua fenicata) (ore 9 ant.).

Ore 3.30 pom.; dopo il tamponamento non una goccia di sangue si è fatta strada dai genitali est.; si toglie il tampone elastico (riempiendolo colla medesima acqua che era stata estratta, il colpeurynter riesce dilatato fino ad avere una circonferenza di 32 cent.).

Il collo è scomparso, la dilatazione però tocca appena 4 centimetri, il dito scolla all'ingiro la placenta ed avendo raggiunto il margine placentare in corrispondenza della sinfisi del pube, si dà esito al liquido amniotico: si sente presentato il vertice con una mano, e lunga ansa di cordone pulsante si fa strada in vagina.

9 pom. Battito ancora percepibile, condizioni locali immutate. Cent. 30 di segale.

16 luglio, 3 ant. Brivido con elevazione a 39,6, cordone in vagina non pulsante, battito cardiaco fetale non reperibile, dilatazione della bocca ctm. 4, vertice in D. A. Alle 7 e mezza ant. si interviene, craniotomia e cranioclastia Braun, estrazione lentissima, disimpegno in occipito-anteriore. L'estrazione non è accompagnata nè susseguita da benchè minima perdita di sangue. Secondamento poco dopo.

La femmina estratta pesa gr. 3000, non computato il cervello uscito durante la craniotomia e la estrazione.

La craniotomia cadde in vicinanza della fontanella triangolare e precisamente all'angolo post. sup. del parietale destro. Il cranioclaste fece presa lungo una linea che da questo punto arriva all'orecchio destro, fratturando il parietale destro, rompendo la estremità della rocca petrosa destra, e lussando il rimanente della rocca stessa.

Il feto è in incipiente putrefazione. Il puerperio fu morboso per flebite crurale sin. suppurata, e la donna *cessava di vivere* il 3 agosto alle 5 15 pom. in diciannovesima giornata di puerperio.

Osservazione X (inedita).

(*Operatore lo scrivente*)

N. 170 del 1881. — La *storia ostetrica* di questa donna si riassume così:

1° Parto spontaneo (ottavo mese) feto vivo. 2° Estrazione podalica a termine, feto morto. 3° A termine, rivolgimento, feto morto. 4° Spontaneo (prematuro) femmina espulsa viva, morta subito dopo. 5° Maschio vivo a termine, estratto con il forcipe. Il 6° terminato colla estrazione col forcipe di un feto morto. Il 7° prematuro con feto vivo.

Il 4 agosto 1881 ripara all'Ospizio in travaglio di parto ed eccone il reperto:

Donna in travaglio (periodo espulsivo) vertice allo stretto superiore (S. A.), qualche rara pulsazione cardiaca si ascolta di tanto in tanto nel quadrante inferiore sin. Trombo nel piccolo labbro sinistro, ed un secondo al piccolo labbro destro che si protende lungo la parete vaginale per circa un terzo della lunghezza di questo canale.

Alle 8 pom. (momento in cui la donna era veduta dallo scrivente) la parte presentata è alquanto impegnata; però il promontorio è ancora accessibile. Conjugata diagonale valutata a 90 mm. (C. V. 80), tumore di parto molliccio, non reperibile il battito cardiaco, i trombi vulvo-vaginali sono stazionari.

La mancanza della vita fetale, lo stato del canal molle, impongono la riduzione del capo fetale: craniotomia Braun ed applicazione del cranioclaste Russell Simpson, che per la sua brevità e per il suo cattivo apparecchio a compressione non raggiunge lo scopo; si ricorre al cranioclaste Braun che prontamente termina il parto.

La craniotomia cadde sul parietale destro, quasi in corrispondenza della gobba, ed il cranioclaste fece presa sopra una linea che arriva da questo punto al punto di mezzo dell'arcata sopraccigliare sinistra, facendo quindi presa sulla metà anteriore del parietale destro, su tutto il frontale destro; il parietale era fratturato in vari sensi.

Il feto (maschio) pesava gr. 3000 senza metà del cervello ed era lungo ctm. 49.

Il racconto della donna è il seguente: la levatrice, constatata la stenosi pelvica, manda a cercare il medico che passò ad una applicazione di forcipe; pare che durante una tirata l'istrumento scivolasse e contundendo i genitali causasse i due notati trombi.

Chiamato un secondo pratico, passò ad un secondo e ad un terzo tentativo con il forcipe, ma inutilmente; allora assaggiò invano il rivolgimento e mandò poi la donna all'Ospizio.

Il puerperio decorse molto più mite di quanto poteva aspettarsi, ed il 14 agosto 1881, in decima giornata di puerperio abbandonava la clinica.

(Continua).

NOMINE E PROPOSTA

Sopra proposta della Facoltà medica di Firenze, e colla unanime approvazione del Consiglio Superiore nell'adunanza del 26 aprile u. s., il Ministro della Pubblica Istruzione, sottoponeva alla firma Reale il Decreto di nomina del Prof. *Domenico Chiara* a *Professore Ordinario dei trattati di ostetricia e ginecologia e Direttore delle rispettive cliniche* presso l'Istituto Superiore di Perfezionamento in Firenze.

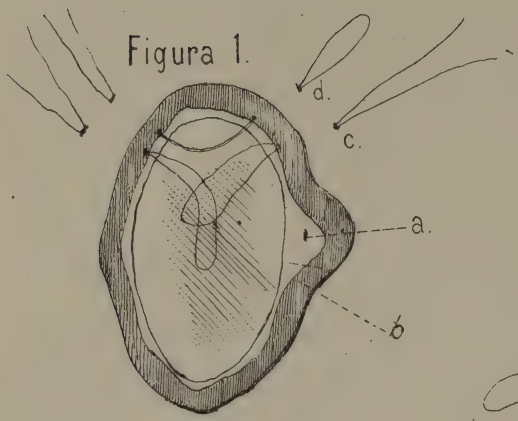
Il decreto avrà effetto dal 1.° novembre p. v.

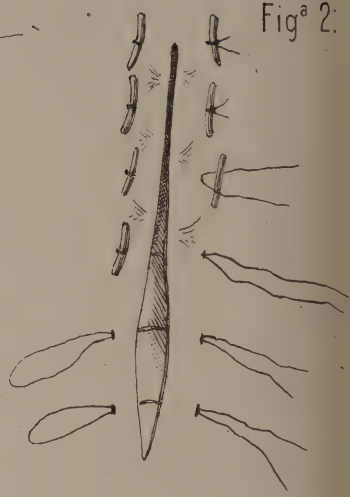
Fu pure segnato il decreto con il quale a partire dalla stessa epoca, il Dott. *Luigi Mangiagalli* è nominato *Professore straordinario di Ostetricia e Direttore della clinica ostetrica nella R. Università di Sassari.*

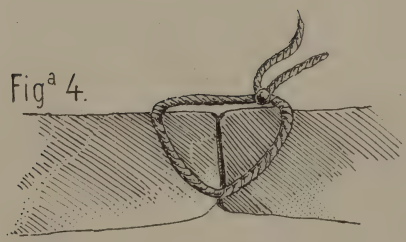
In seguito a concorso *per esame*, la commissione proponeva al Ministero della P. I., la nomina del Dott. *Paolo Negri* a *Professore-Direttore della Scuola Pareggiata d'Ostetricia in Novara.*

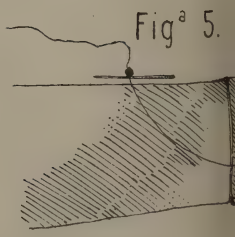
Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

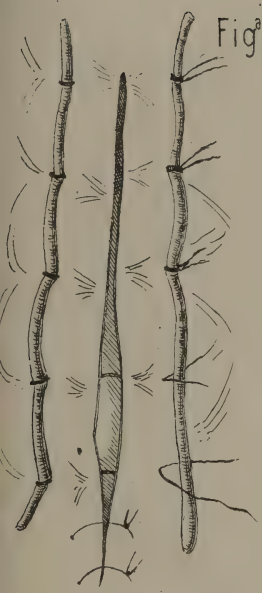




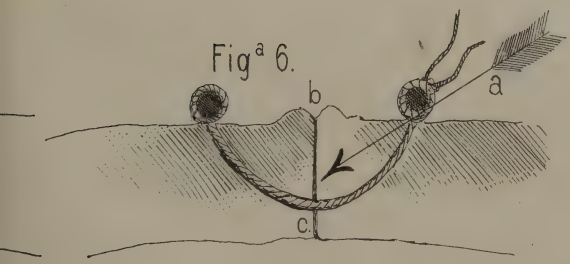




LIT. D. BELLAZZI MILANO



Fig^a 3.



Fig^a 6.

Volume IV. Luglio 1882 N. 7.

ANNALI
DI
OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

DELLE LESIONI ARTICOLARI ED OSSEE NEI PROCESSI PUERPERALI

PER IL
Dott. EMILIO FASOLA
Libero docente di ostetricia nella R. Università di Parma, 2° Assistente alla Clinica Ostetrica e Ginecologica di Torino

GENERALITÀ.

Suscettibilità della donna nel puerperio — Infezione puerperale, febbre puerperale in genere — Localizzazioni con febbre, e localizzazioni senza febbre.

La donna nel puerperio regolare si trova in condizioni puramente fisiologiche; i patologi ed i clinici sono però d'accordo nell'ammettere che queste condizioni hanno molti punti di ravvicinamento con uno stato patologico. « La femme, apres l'accou» chement, n'est pas en puissance de maladie, mais elle est très» accessible aux causes morbides (1) » Le svariate e profonde modificazioni cui dà luogo la gravidanza, in special modo la modificazione nel sangue, che è tanto più pronunciata quanto più la gravidanza si approssima al termine; la fatica dolorosa del parto, il traumatismo uterino, l'emorragia, l'insieme dei fenomeni del puerperio, la degenerazione e l'assorbimento del tessuto uterino, la esfogliazione della mucosa, il lavorìo di neoformazione e di riparazione che si compie sulla superficie interna dell'utero, tutti gli altri processi, che susseguono al parto, esercitano una azione perturbativa nell'organismo femminile, che già delicato per natura, si trova così meno forte per resistere alle esterne influenze. A questo proposito il Prof. Chiara diceva, con espressione poetica che la donna pare fatta così debole perchè abbia bisogno di protezione, e cotanto aggraziata e leggiadra perchè

(1) Joulin. *Traité complet d'accouchements*, pag. 595.

questa protezione non le potesse mancare per parte dell'uomo (1): e il Prof. Tibone trova nella stessa organizzazione muliebre la prova più evidente dei riguardi e della protezione che ovunque penetrò la luce della civiltà (2).

Per cui anche la fenomenologia patologica, allorchè compare in scena nel puerperio, prende caratteri tutto speciali e più gravi che non in altri momenti e in altre condizioni, e in tutti i tempi i medici hanno osservato ad evidenza spaventevole la gravità dei processi, che sotto varie forme e col nome generico ed improprio di febbre puerperale, sorprendono le donne dopo il parto, non pur rispettando le costituzioni più robuste: la grande mortalità che sempre ha colpito le povere puerpere è provata da scoraggianti statistiche.

Non è mio compito di riprodurre tali statistiche, nè di fare la storia delle varie interpretazioni intorno alla natura della febbre puerperale, le quali si sono succedute l'una all'altra, e tutte hanno regnato per un tempo più o meno lungo: rimando per questo all'importante lavoro di Hervieux, che con tanta assennatezza e profondità di cognizioni ha trattata la questione: io mi limiterò ad un cenno di quelle opinioni che sono in vigore ancora al giorno d'oggi, e le quali, benchè con armi oramai troppo impari, si contendono il terreno. Per gli uni la febbre puerperale è una malattia a sè, che non può svilupparsi che nel puerperio: per gli altri essa non è che la manifestazione dei processi morbosi, che si possono avere in tutti gli individui, senza distinzione di sesso nè di età in determinate condizioni. In altri termini, noi domandiamo, sotto il nome di febbre puerperale si deve intendere una febbre essenziale, con elementi di un'alterazione settica tutta speciale, allo stesso modo che la febbre intermittente e le febbri eruttive, e quindi tutta differente dalla setticemia chirurgica?

L'idea della febbre puerperale essenziale in Francia e in altri paesi regnò sovrana e quasi indiscussa fino al 1858, in cui la questione fu portata davanti all'Accademia Medica di Parigi, e

---

(1) Chiara. *Dello stato puerperale.* — Prolusione al corso teorico pratico di ostetricia nella R. Università di Parma, 1866-67.

(2) Tibone. *Stato fisico e morale della donna.* — Discorso letto nel solenne accoglimento alla Facoltà Medico Chirurgica della R. Università di Torino, 1863.

vivamente combattuta: non ostante l'eloquenza e il sapere di autorevoli difensori, Paul Dubois, Danyau, Depaul, allora ebbe un crollo che segnò il principio della decadenza, da cui non seppe più risollevarsi. L'idea della febbre puerperale, dice Hervieux, non ha nulla di pratico, ed è in contraddizione formale coi risultati dell'osservazione clinica. Ma mentre quest'autore riconosce la moltiplicità dei processi puerperali, ed asserisce decisamente che la febbre puerperale, nel senso che era considerata comunemente, non esiste, anch'egli con un giro vizioso ritorna non solo alla specialità, ma alla specificità di tali malattie, poichè le considera, qualunque ne sia la varietà di forma, come dipendenti esclusivamente dall'azione di un veleno ch'egli chiama puerperale. « Oui, » il existe un poison puerpéral, un miasme des maternités, lequel, » comme le miasme des salles de blessés, peut engendrer des » maladies nombreuses et très-diverses, maladies qui, pour rele- » ver d'une même origine, pour procéder d'une même cause » n'en restent pas moins des entités morbides essentiellement » distinctes (1). Orbene, se è vero che le puerpere sono soggette a processi morbosi svariati, quali si possono avere in seguito a grandi traumatismi; se è vero, come dice Hervieux, che la dottrina dell'avvelenamento puerperale è figlia della dottrina della moltiplicità di quei processi; come spiegare questo senza ammettere un'identità di natura fra il veleno puerperale e quello che assale i feriti in una sala di chirurgia?

Le ricerche anatomo-patologiche e le osservazioni cliniche rigorose e disinteressate hanno dimostrato che i processi puerperali non sono governati da influenze e da leggi speciali; e che, se le condizioni anatomiche particolari al traumatismo uterino e le modificazioni impresse all'organismo dalla gravidanza possono dare un aspetto particolare a quei processi pátologici, ciò non ostante non vi ha differenza essenziale fra la febbre puerperale e la febbre chirurgica: esse sono sorelle; le scoperte fatte intorno all'una, si applicano all'altra, cosicchè se si riuscirà a risolvere il problema della infezione chirurgica, sarà risolto anche il problema della febbre puerperale (2).

---

(1) Hervieux. *Traité clinique e pratique des maladies puerpérales suites de couches.* Vol, I, pag. 25.

(2) D'Espine. *Contribution a l'étude de la septicémie puerpérale,* pag. 5, 1873.

Fatta ogni riserva sopra le cause che possono predisporre allo sviluppo degli accidenti puerperali, anche noi riterremo che essi siano identici a quelli che si hanno nei feriti delle cliniche chirurgiche; per noi l'infezione puerperale per la sua natura non differisce dalla chirurgica.

La necessità di conoscere la natura intima delle malattie d'infezione è stata compresa anche nel passato, e in patologia non vi ha forse argomento intorno a cui si sia parlato e discusso tanto: ma sono studii di data recente che vi hanno portato la massima luce. L'ipotesi della natura parassitaria delle malattie infettive è la più razionale, e gli studii più recenti sopra alcune malattie di infezione l'hanno convertita in una vera teoria scientifica poggiata sopra fatti certi e costanti: la clinica, l'anatomia patologica, la patologia sperimentale, la micologia tutte insieme vi portarono il loro contributo.

I parassiti conosciuti nelle malattie di infezione appartengono ad un gruppo di vegetali microscopici; sono funghi che si riproducono per scissione e che vennero chiamati per questo schizomiceti: questi micro-organismi si presentano sotto tre forme distinte, da cui i nomi di micrococchi, di bacterii e di bacilli applicati a ciascuna di esse (1). I micrococchi presentano una forma tondeggiante (μικρος, piccolo κοκκος nocciolo); sono dotati di un movimento vivissimo; possono stare isolati, oppure unirsi due a due in modo da rappresentare la cifra 8: altre volte danno luogo alla formazione di piccoli cumuli tenuti uniti da una sostanza gelatinosa, detta cocchiglia (da κοκκος ed η γλια gelatina). I bacterii si presentano sotto forma di piccoli cilindri, i quali pure possono stare isolati, o mostrarsi nel campo del microscopio riuniti in varii gruppi (2). Quanto al modo di agire di questi funghi, diverse sono le opinioni: Tommasi-Crudeli e Marchiafava credono con Clebs e Samuel che essi spieghino la loro influenza perniciosa per alterazioni chimiche della crasi del sangue e dei tessuti, determinate dal loro ricambio materiale e dalla loro moltiplicazione, ed analoghe a quelle che fuori del corpo vengono prodotte da altri micro-organismi in varie sostanze organiche (fermentazioni, putrefazioni) (3).

(1-2) Prof. Domenico Maiocchi. Lezioni orali di micologia nella R. Università di Parma, 1881.

(3) C. Marchiafava. *Dei recenti studii sulla natura delle malattie di infezione*, ecc. — *Collezione italiana di letture sulla medicina*, pag. 72, 1881.

L'indole di questo lavoro non mi permette di seguire e riportare gli studii fatti, e le naturali conseguenze a cui hanno condotto: mi basti di trarre due conclusioni che per noi sono della massima importanza, che cioè:

1.º la febbre puerperale essenziale non esiste, e l'infezione puerperale non è per nulla differente nella sua natura dall'infezione che si manifesta nelle sale di chirurgia.

2.º l'infezione puerperale è prodotta da micro-organismi, i cui germi si trovano nell'aria atmosferica, e vengono portati, sia direttamente, sia dalla mano dell'ostetrico, sia dagli strumenti e dai liquidi, sulle ferite che si hanno nell'apparato genitale della donna dopo il parto, e prodotte dal distacco della placenta dalla superficie uterina, dal passaggio del feto con consecutive lacerazioni al collo dell'utero, alla vagina, al perineo. È da queste larghe superficie aperte che si effettua l'assorbimento loro.

Secondo l'opinione del maggior numero dei patologi la presenza di quei funghi è la causa unica delle gravi infiammazioni delle ferite, del processo di putrefazione e della setticemia con cui è in rapporto; del processo di suppurazione e della consecutiva pioemia.

Iniziatisi i processi di putrefazione e di suppurazione alla superficie delle soluzioni di continuità dei genitali, l'assorbimento e il trasporto del materiale infettante nell'organismo si compie per diverse vie; specialmente per le vene nella pioemia, e con tutta probabilità nei casi di setticoemia acutissima, che possono uccidere la puerpera poche ore dopo il parto; specialmente per i linfatici nella setticemia. I fenomeni che tengono dietro all'assorbimento sono notevoli pel vario modo di manifestarsi, di decorrere e di terminare, e di tanta varietà valgono a dar ragione l'intensità e la durata del processo, le condizioni individuali della puerpera e le condizioni proprie del puerperio, ecc.

In tesi generale quello che l'esperienza ha dimostrato si è che l'infezione puerperale può decorrere come fatto puramente generale, nei casi acutissimi, e così risolversi felicemente o no; oppure determinare certe localizzazioni, che un tempo la patologia considerava come fenomeni critici, allorchè comparivano al decadere della febbre infettiva puerperale. Da quanto abbiamo detto sopra, dalla presenza degli schizomiceti nel sangue della puerpera; nei reni, organi destinati ad eliminarli, nella retina;

dalla loro presenza costante negli ascessi metastatici, che tengono dietro ad emboli originati dal focolare primitivo, o dal contenuto decomposto di vene e linfatici, o da detritus di valvole del cuore (1), si comprende facilmente quale possa essere la genesi di queste localizzazioni. L'assorbimento dei materiali infettanti e l'insorgere delle localizzazioni comunemente sono accompagnati o preceduti da sintomi di reazione generale dell'organismo, da febbre; ed è per questo che gli antichi designarono l'insieme di quei fenomeni morbosi complessi del puerperio col nome generico di febbre puerperale; ma se questo è frequente, non è però costante, ed ora è noto a tutti che nel puerperio si possono determinare localizzazioni, infettive sempre, senza l'accompagno della febbre.

Oltre a questo contegno di apatia o di franca reazione generale dell'organismo, i processi puerperali ne possono spiegare un terzo, che comincia e si mantiene subdolo, con leggiera elevazione della temperatura, che però non è mai febbrile; che non dà luogo a sintomi generali bene spiegati, e nel quale pure possono determinarsi localizzazioni non meno gravi.

È di qualcuna di tali localizzazioni, le quali possono riscontrarsi tanto nel puerperio con febbre, quanto in puerperio apparentemente semplice, che io intendo parlare colla scorta di fatti clinici, e coll'aiuto di reperti anatomo patologici.

---

(1) Marchiafava. *Loc. cit.*

PARTE SPECIALE.

Letteratura ostetrica a questo riguardo: frequenza delle lesioni articolari ed ossee nel puerperio — Lesioni articolari in puerperio senza febbre — Lesioni articolari con febbre — Lesioni ossee senza febbre — Lesioni ossee con febbre — Cause predisponenti e cause occasionali — Riscontro fra le lesioni articolari ed ossee del puerperio con quelle del reumatismo e della tifoide — Indicazioni profilattiche e cura diretta.

Fra le molte localizzazioni che avvengono nel puerperio con febbre, o nel puerperio senza l'accompagnamento della febbre, vi sono anche quelle delle articolazioni e delle ossa, colle relative lesioni.

È cosa notevole che la letteratura ostetrica siasi tenuta così riservata intorno a questo argomento: molti classici si limitano a darne i nomi, ed è abbastanza se altri fanno un breve cenno delle lesioni articolari. Nel 1867 apparivano due tesi inspirate da Lorain a due suoi allievi, Ragot e Vaille (1), dove gli autori riportano un certo numero di osservazioni, tendenti a dimostrare la natura reumatica delle artriti purulente puerperali, errori in cui caddero per aver voluto uniformare le osservazioni a principii prestabiliti. Nel 1868 G. Galvagni pubblicava una bella memoria, dirizzata a scopo diverso dal nostro (2), in cui per incidenza è toccata la questione relativa alla genesi delle infiammazioni delle sinfisi del bacino dalla infezione puerperale; infatti in un punto egli dice « che l'infiammazione suppurativa delle sin» fisi in fondo potrebbe essere nient'altro che una fase successiva » del rilassamento loro nella gravidanza, la qual fase subentre» rebbe nel puerperio per la influenza malefica dello stato puer» perale » e in un altro punto, nel riportare un fatto osservato nella Clinica del Professore Masserenti, dice « che l'andamento » complessivo della malattia invitava a ripetere senza più la sup-

(1) Ragot. *Des accouchements a l'hôpitale Saint Antoine en* 1867. — Vaille. *Du rhumatisme puerpéral,* 1867.

(2) Galvagni. *Cenni sulle malattie delle sinfisi nella gravidanza, nel parto e nel puerperio.*

» purazione della sinfisi sacro-iliaca destra, là avvenuta, dalla » infezione purulenta a cui era in preda l'organismo di quella » donna. » Eugenio Quinquaud ne fa pure parola (1), e così Hervieux che confuta le idee di Vaille e di Ragot, e invita gli studiosi a trattare la questione (2).

Le localizzazioni articolari ed ossee nel puerperio non sono frequenti: nella Clinica diretta dal Prof. Calderini a Parma si osservarono solo 4 casi nel corso di otto anni, con un numero medio di 100 parti all'anno; e in questi ultimi cinque anni nella Clinica Ostetrica di Torino, diretta dal Prof. Tibone, con un numero medio di 350 parti all'anno, si osservarono appena 3 casi, come risulta dalle cartelle cliniche, a cominciare dal 1876-77 a tutto il 1880-81 (3).

Queste lesioni adunque non si verificano così frequentemente come tante altre, ma meritano di essere studiate se non per la loro frequenza almeno per la gravità loro. Voler compiere a questo difetto nella letteratura ostetrica, è impresa ardua, difficile, e a me non lo permettono nè le forze, nè il tempo concessomi per dettare questa breve memoria; io mi terrei abbastanza soddisfatto qualora riuscissi ad attirare l'attenzione sopra tale argomento, e ad eccitare altri a fare quanto io non posso.

---

(1) Eugène Quinquaud. *Essai sur le puerpérisme infectieux chez la femme et chez le nouveau-né*, 1872.

(2) Hervieux. *Loc. cit.*, pag. 1060.

(3) Nella Clinica di Parma si osservarono:

1.° Un'artrite al ginocchio destro con flemmone alla coscia (V. 1° Rendiconto Calderini, dal 1872-73 al 1874-75, pag. 149).

2.° Una leggiera parametrite destra e successiva artrite del ginocchio destro (V. id. pag. 149 e 137).

3.° Una parametrite destra con artrite acuta al ginocchio destro (V. 2° Rendiconto Calderini, pag. 43 e 48).

4.° Un'artrite al gomito destro terminatosi con anchilosi, anno 1880-81. Caso osservato durante il mio assistentato in quella Clinica.

Nella Clinica di Torino si osservarono:

1.° Una febbre settica con artrite al ginocchio sinistro. Anno 1876-77. — A numero del registro 157.

2.° Un'artrite alla spalla destra. Anno 1877-78, al numero del registro 39.

3.° Patereccio con minaccia di disarticolazione della falange del dito anulare destro. Anno 1879-80, al numero del registro 91.

Lesioni articolari senza febbre.

Avviene qualche volta di assistere allo svolgimento di un processo infiammatorio a carico di un' articolazione in donna che si trova nel puerperio, senza che questo decorra con fenomeni salienti della febbre puerperale. Esso si ordisce e decorre in modo subdolo e lento e senza attirare di molto l'attenzione del medico curante; la donna non si lamenta di dolori spontanei nè alla regione uterina, nè ai parametrii, ed è molto se questi sono un po' dolenti alla pressione; ma fatto pressochè costante, un odore fetido dei lochi, che basta a spiegare l'origine del processo articolare. In tali casi, ad un dato periodo del puerperio ed in modo improvviso la paziente è presa da vivi dolori articolari, limitati ordinariamente ad un' articolazione sola, più frequentemente ad un ginocchio, al gomito, alla spalla; più raramente nelle articolazioni del bacino: la pressione qualche volta esacerba i dolori, e talvolta è intollerata: la parte non si mostra nè tumefatta, nè rossa. A questo punto nell'esame cadaverico non si riscontrerebbero lesioni proporzionate ai sintomi, e nulla più che un po' di rossore nella sinoviale; e l'esame istologico della cartilagine articolare darebbe un risultato negativo. Al suo esordire l' artrite puerperale si palesa sotto forma di una pura e semplice artralgia. È solo più tardi che al dolore si associa leggiera tumefazione della cute e dei tessuti soprastanti all'articolazione, e che all'esame obbiettivo si troverebbe edema della capsula con infiltramento dei tessuti circostanti. La pelle non cambia di colorito e l'artrite si può mantenere per molto tempo in tali condizioni, senza esacerbazioni manifeste, e solo più tardi il processo si spiega nella sua gravità, sia per speciali condizioni costituzionali della puerpera, sia perchè mal conosciuta nella sua origine, l'artrite non è razionalmente curata. Le condizioni costituzionali in rapporto col linfatismo e colla scrofola predispongono potentemente alle artriti fungose; e quand'anche non si ordisca un processo di suppurazione, e le cartilagini articolari si conservino intatte, o poco alterate, la causa speciale che ha determinato il processo flogistico, e la sua durata, assai frequentemente danno rigidità articolare e anchilosi; i legamenti perdono la loro cedevolezza, i tendini partecipano alla stessa alterazione; i muscoli si fanno pallidi, duri e tendono a passare allo stato fibroso; alla retra-

zione dei muscoli, dei tendini, delle aponeurosi si accompagnano le retrazioni dei vasi, dei nervi e dei tegumenti; anche la secrezione della sinovia si fa scarsa, e in tali casi riesce difficile, o anche impossibile imprimere dei movimenti all'arto.

Le cose possono andare più in là: sappiamo che le alterazioni nelle cartilagini articolari e negli estremi ossei appartengono specialmente alle infiammazioni articolari che hanno una evoluzione relativamente lenta. Molto frequentemente le cartilagini articolari vengono assorbite, e si prepara un lavorìo che conduce all'anchilosi completa. È questo l'esito comune, e non il peggiore, di siffatte artriti, dipendenti dai processi puerperali, senza la comparsa di febbre spiegata in tutto il loro decorso (V. Osservazione I).

Lesioni articolari con febbre.

Nel decorso della febbre puerperale con fenomeni altamente infettivi si osserva più frequentemente che in altre condizioni l'accendersi di un processo infiammatorio articolare acuto o lento. Nel primo caso si può avere un'artrite acuta sierosa o purulenta terminante con ascesso: nel secondo un'artrite terminantesi coll'anchilosi o coll'artrite fungosa, o anche coll'osteomielite: il decorso e la durata sono sensibilmente influenzati dalla gravità dello stato generale. Nell'artrite acuta possiamo assistere a tutti quei fenomeni che s'incontrano nell'artrite semplice infiammatoria; suo carattere distintivo è sempre il modo improvviso, istantaneo di insorgere. Dapprincipio la sinoviale si mostra congesta, molto vascolarizzata, e maggiormente intorno alle cartilagini articolari e nei punti in cui si trovano le frangie sinoviali: più tardi, a seconda del diverso indirizzo che prende l'artrite, o si ha idrope della capsula e copioso versamento di siero nel cavo articolare (idrartrosi acuta); oppure, e questo, massimamente nelle forme elevate di infezione, si ha raccolta di pus, analogo a quello che si forma in un ascesso. — Qui la sinoviale e le cartilagini articolari sono sempre alterate, e la raccolta copiosa di pus non può essere spiegata colla sola teoria del Conheim. — « Le cartilagini nei punti malati perdono il loro aspetto madreperlaceo, e prendono un colorito grigio, sporco: le alterazioni superficiali vi producono delle ineguaglianze, delle rugosità, delle depressioni

alquanto più grigiastre delle parti sane che la circondano, e dovute ad ulcerazioni poco profonde. Dall'esame microscopico fatto da Ranvier dei punti alterati, risulta che la cartilagine si fa più o meno proliferante negli strati più superficiali, e le cavità cartilaginee delle parti malate contengono due o tre capsule secondarie. La sostanza fondamentale della cartilagine è segmentata nel senso longitudinale o trasversale, a seconda del punto che si esamina (1).

La comparsa dell'artrite spesso è accompagnata da brividi, cui segue una remissione nello stato generale, la quale potrebbe far credere ad una risoluzione del processo infettivo: la temperatura febbrile si abbassa, il polso si fa lento: tale remissione è l'effetto della nuova invasione infeziosa nell'organismo, di cui il dolore articolare è il nuncio infausto; ed è più marcata allorchè la localizzazione prende caratteri molto salienti. Allora questa assume una certa autonomia, i fenomeni generali subiscono un cambiamento, e quasi si oscurano per la compartecipazione del processo infiammatorio locale: l'insorgere dell'artrite modifica il ciclo febbrile, e se prima erano più appariscenti i fenomeni infettivi, ora la febbre acquista caratteri infiammatorii. Questo è il fatto più spiccato che si osserva nella evoluzione della febbre puerperale (come noi l'intendiamo) terminante con localizzazioni, allorchè queste acquistano una certa gravità, e diventano una vera crotopatia: più tardi possono anche cessare i fenomeni proprii della febbre puerperale, e restare solo quelli dati dal processo locale.

L'artrite puerperale terminantesi con ascesso può, dunque, usurare le cartilagini e compromettere l'integrità delle superfici ossee articolari: allora è facilmente compromessa la vita della puerpera, nè sempre si arriva in tempo per mettere in opera gli estremi compensi curativi (amputazione), a meno che il processo, assumendo un andamento cronico, non limiti le sue alterazioni.

Riporto qualche osservazione in prova di quanto ho esposto sotto vedute generali, da cui scaturiranno più naturali le relative conclusioni.

---

(1) Hervieux. *Loc. cit.*, pag. 1059.

Osservazione I.

Dalle annotazioni prese alla Clinica di Depaul (Parigi 1879-80) — intorno ad un caso da me osservato — gonartrite sinistra seguita da anchilosi completa, in puerperio senza febbre.

Donna di 28 anni, cameriera: costituzione buona, conformazione scheletrica regolare, primipara, gravidanza e parto normale, lacerazione di primo grado e leggere contusioni all'ostio vaginale.

Feto vivo, sano, del peso di grm. 3250.

In seconda giornata di puerperio i *lochi si fanno fetenti*, del resto la donna si trova in buonissime condizioni generali e sente appetito.

In ottava giornata di puerperio la donna è sorpresa da un vivo dolore all'articolazione del ginocchio sinistro, che si esacerba molto nei movimenti impressi all'arto.

Il giorno successivo gli stessi fenomeni, più un leggier edema periarticolare. Temp. 38. Puls. 87.

Dall'anamnesi nulla che possa far sospettare una diatesi reumatica.

L'arto è situato in posizione alquanto elevata in un semicanale si fanno applicazioni locali di pomata con oppio e belladonna; irrigazioni vaginali per correggere la fetidità dei lochi. Lo stato delle cose resta pressochè stazionario per parecchi giorni, persistendo il dolore, l'edema, l'impossibilità dei movimenti, e conservando la pelle il suo aspetto naturale; la tintura di iodio, la fasciatura leggermente compressiva, le cauterizzazioni lineari e superficiali col termo cauterio del Paquelin, danno poco giovamento, e in 22ª giornata di puerperio si ricorre all'apparecchio gessato e compressivo, continuando a somministrare gli oppiacei internamente.

La donna usciva dalla clinica in 27ª giornata di puerperio, poco migliorata nell'affezione articolare e molto deperita. Due mesi dopo ebbi l'avventura di incontrarla in un servizio di chirurgia dello Spedale de la Pitié: si era stabilita un'anchilosi completa al ginocchio sinistro: l'arto era in situazione leggermente flessa.

Osservazione II.

Leggiera parametrite destra e successiva artrite del ginocchio destro (idrartros acuto). Vedi 1° Rendiconto Calderini, pag. 137.

Donna di 24 anni, di abito regolare, di costituzione buona (primipara?)

Gravidanza normale e parto breve e facile di feto vivo e sano pel vertice; peso 2620.

Secondamento naturale subito dopo l'espulsione del feto; annessi sani ed interi.

Al secondo giorno di puerperio l'utero, obliquo a destra, è dolente spontaneamente e alla pressione, i lochi fetenti e purulenti: la lacerazione e le contusioni vaginali hanno un aspetto biancogrigiastro: verso le 11 ant. la paziente è presa da un brivido di freddo. Temp. 40. Puls. 120. Resp. 24.

Non ostante una cura attiva queste condizioni persistono, con remissioni quotidiane ora al mattino, ora alla sera, fino all'11° giorno di puerperio, in cui, nelle ore notturne, si manifestano improvvisamente vivi dolori artritici al ginocchio destro; già al mattino seguente si riconosceva discreta quantità di liquido entro la sinoviale; la pelle ha il suo colorito naturale; i tessuti periarticolari sono alquanto edematosi. Temperatura massima in quella giornata 38. Puls. 122. Resp. 24.

Pezze bagnate nell'acqua fredda sulla località; una soluzione di nitrato di potassa internamente.

Il giorno successivo, 13° di puerperio, si nota (parole testuali): *miglioramento considerevole nello stato generale dopo la comparsa dell'artitride.* Temp. massima 37,4. Puls. 84.

16° giorno. Pennellazioni di tintura di iodo. Temperatura 37,2. Puls 72.

17° giorno. Esacerbazione dei sintomi artritici. Temperatura 37. Puls. 88.

18° giorno. Alquanto diminuita la tumefazione articolare; ma dolente il ginocchio specialmente la sera. Temp. 38. Puls. 84.

20°, 21°, 22° miglioramento lento, ma progressivo; si ripetono le pennellazioni iodiche, e si continuano anche nei giorni successivi. Temp. oscillante fra 37° e 38°.

Col tempo si riuscì a vincere anche la rigidità articolare e si ottenne guarigione perfetta.

Osservazione III.

Artrite del ginocchio destro; ascessi periarticolari; rigidità articolare consecutiva (Cartella clinica al N. progressivo 7122. — Parma, 1874).

Età 22 anni, abito regolare, costituzione buona; bacino leggermente piatto; primipara; gravidanza e parto regolare, e questo di media durata; feto vivo, sano, in presentazione di vertice posizione O. I. S. A.

Qualche leggiera contusione ai genitali esterni, forchetta intatta.

1° giorno di puerperio. Temp. massima 37,6. Puls. 80. Un po' sensibile alla pressione tutta l'area uterina.

2° giorno. Temp. 40. Puls. 116. Resp. 24. Ebbe un brivido di freddo, per la durata di un quarto d'ora; pelle calda, asciutta; dolente tutta la regione uterina.

4° giorno. Temp. 39. Puls. 96. Resp. 24.

5° giorno. Temp. 38. Puls. 80. Resp. 20. Condizioni generali un po' migliorate.

6° giorno. Temp. 37,8.

7° giorno. Temp. 37,4. Alla sera 39.

8° giorno. Temp. 39,6.

9° giorno. Temp. massima 40. Lochiazione fetente purulenta, scarsa.

Così con una alternativa fra la temperatura di 37° e 39° si porta al 19° giorno di puerperio, in cui compare in scena un fenomeno nuovo; la donna si era alzata da letto, e mentre passeggiava per la sala, fu presa improvvisamente da un forte dolore al ginocchio destro che la obbligava a ritornare in letto; 24 ore dopo si era prodotta una forte tumefazione attorno a quell'articolazione, e il dolore si era inasprito maggiormente. Temp. 37,6. Applicazione di pezze immerse in acqua ghiacciata.

22° giorno. Temp. massima 40. Ventre dolente alla pressione, vivamente dolente l'articolazione e tutta la gamba: i movimenti e la pressione sono difficilmente tollerati. Tumefazione estesa a tutta la gamba; distinta fluttuazione endo-articolare.

Dal 23° al 34° giorno. Temp. 37° e 39° le condizioni locali restano stazionarie.

36° giorno. Si percepisce distinta fluttuazione in un punto circoscritto al terzo esterno della coscia; si fa una raccolta purulenta, cui si dà esito mediante puntura col trequarti. Temp. 40.

La cavità dell'ascesso si mantiene aperta e suppurante per un mese e più, durante il quale la paziente si trova in condizioni oscillanti di benessere e di malessere, con una temperatura media di 38°,4, ed una massima di 40,4, raggiunta due volte. Lo stato locale si mantiene pressochè stazionario, eccezione fatta del dolore che è meno inquietante.

In 74ª giornata esacerbazioni di tutti i sintomi locali; si fa maggiore la raccolta endo-articolare, linfangite e periartrite accompagnata da dolori vivi; nuovo ascesso e nuova puntura al lato interno della coscia, poco distante dalla giuntura ammalata. Temp. 40. Puls. 130. Resp. 24.

Quattro giorni dopo un altro ascesso periarticolare, che si apre spontaneamente, e questo fu l'ultimo.

D'allora la donna comincia a migliorare sia nelle condizioni generali sia nelle locali, e 92 giorni dopo il parto è in grado d'uscire dalla clinica senza febbre, un po' ristabilita di forze; l'articolazione del ginocchio è rigida e molto limitata ne' suoi movimenti: le ferite praticate per dar esito alla raccolta marciosa si sono rimarginate.

Per la cura locale si era fatto uso del freddo, del collodion, bendaggio compressivo, unguento mercuriale, cataplasmi laudanizzati, previa opportuna situazione dell'arto malato; apertura non molto grande degli ascessi, e applicazioni di tubi di drenaggio.

Osservazione IV.

Parametrite e gonartrite destra (2° Rendiconto Calderini, pag. 48).

Abito regolare, costituzione buona, 21 anni, primipara, gravidanza e parto normale.

Puerperio regolare fino al 5° giorno, in cui la donna è presa da un brivido. Temp. 40.

Sensibile il parametrio sinistro; lochi fetenti.

Al 15° giorno si ripete il brivido e la temp. risale a 40°.

In 22ª giornata vivo dolore al ginocchio destro, subdelirio; le stesse condizioni nei giorni 23, 24, 25; temp. quotidianamente 40°;

l'articolazione si fa tumida e arrossata; nei giorni successivi il dolore cede alquanto, e col dolore vanno scomparendo anche gli altri sintomi morbosi, con qualche piccola esacerbazione intercorrente.

La donna usciva dalla clinica 66 giorni dopo il parto, in condizioni generali buone, e di molto migliorata nell'affezione articolare.

Osservazione V.

Setticemia acutissima; artrite al ginocchio sinistro; morte in 5.ª giornata di puerperio (Clinica diretta dal Prof. Tibone; al N. del registro 157, anno 1876-77).

Spalla Giuseppina, stiratrice, d'anni 29, di buona costituzione, di abito regolare, pluripara; due parti precedenti regolari, con gravidanze e puerperii pure regolari.

L'ultima gravidanza normale; parto a termine, un po' lungo, di feto vivo e sano, in presentazione di vertice O. I. S. A.

Al secondo giorno di puerperio si manifesta una metroperitonite acuta, senza brividi. Temp. 40°,1; delirio.

La febbre settica perdura acutissima, e la donna cessa di vivere in 5ª giornata.

All'autopsia oltre alle lesioni proprie della metroperitonite acuta, si hanno i segni di endo-artrite acuta purulenta al ginocchio sinistro, *la quale era passata poco avvertita per la coesistenza dei fenomeni generali tanto gravi.*

Osservazione VI.

Infezione purulenta acuta; artrite purulenta nell' articolazione scapolo omerale di destra; erisipela flemmonosa; ascessi metastatici al braccio sinistro; morte. (Clinica del Prof. Tibone, al N. del registro 39, anno 1877-78).

Zendado Laura, servente; abito regolare, costituzione buona, 25 anni, secondipara, vizio pelvico di 1° grado; primo parto regolare; artificiale (forcipe allo stretto superiore), questo, il feto, viene estratto in stato di asfissia di 3° grado, pesa grm. 3700.

I due primi giorni di puerperio decorsero senza manifestazioni

morbose: al terzo giorno un brivido con notevole elevazione della temperatura, la quale si mantenne poi costante, con poche e leggiere remissioni fino alla morte della donna.

Tumefazione e sensibilità addominale, diarrea profusa, e fino dal 5º giorno di puerperio, un dolore vivo in corrispondenza dell'articolazione scapolo-omerale di destra, che si mostrava pure tumefatta, tali furono i sintomi principali dell'inizio e del decorso dell' infezione puerperale.

Al 23º giorno una grave risipola flemmonosa aveva invaso tutto il braccio e la parte superiore dell'avambraccio sinistro; la paziente cessava di vivere nelle prime ore del mattino del 24º giorno di puerperio con tutti i sintomi di una gravissima infezione purulenta. All'autopsia si riscontrava alla spalla destra un vasto ascesso periarticolare, il quale comprendeva tutta la regione della spalla, e la cavità dell'articolazione scapolo-omerale completamente piena di pus cremoso e denso. Al braccio sinistro alla regione interna un vasto ascesso disseccante la pelle dai muscoli sottostanti, molteplici ascessi sotto-aponeurotici sparsi alla regione anteriore dell'avambraccio e nello spessore dei muscoli.

Osservazione VII.

Pio-setticoemia; sinovite purulenta dell' articolazione del ginocchio destro con necrosi delle cartilagini interarticolari; morte. (Osservazione del Prof. Domenico Maiocchi).

Anna Acciari, da Roccalvecce, 27 anni, abito regolare, costituzione buona, primipara.

In seguito a parto laborioso si manifesta una febbre a temperatura molto elevata, e accompagnata da notevole abbattimento generale delle forze. Fenomeni locali dell' apparato genitale poco marcati.

Verso la seconda settimana di malattia, quando tutto sembrava volgere in meglio, compare bruscamente un dolore vivo nell'articolazione del ginocchio destro, dolore seguito ben presto da tumefazione diffusa dell'articolazione stessa. Tutti i mezzi appropriati di cura riuscivano inutili: il processo artritico andò sempre aumentando, finchè dopo una settimana (terza di malattia), fattosi enorme il gonfiore, e formatasi una notevole raccolta marciosa in corrispondenza del ginocchio, la pelle si ulcerava in un

punto, al lato esterno, e attraverso al foro sgorgava una notevole quantità di pus.

Frattanto la febbre, che non aveva mai abbandonata la puerpera, raggiungeva temperature assai elevate, con esacerbazioni vespertine inquietanti.

Il ginocchio era tumefatto in modo da assumere un'apparenza fusata; l'edema si estendeva verso la gamba, e maggiormente verso la coscia. I tentativi di movimento erano dolorosissimi; dal foro fistoloso stabilitosi spontaneamente per ulcerazione della pelle esciva continuamente del pus; uno specillo introdotto pel foro fistoloso penetrava nella cavità articolare; le ossa non si sentivano nettamente allo scoperto; i capi articolari erano alquanto ingrossati; nei movimenti impressi si percepiva un senso di sfregamento.

Poco vantaggio da una conveniente posizione dell'arto, da lavature fenicate ripetute, da una medicazione rigorosamente antisettica, dall'immobilità assoluta mediante il canale doppio di Sculteto, e dai preparati chinacei presi internamente. La febbre non cedeva, la suppurazione cresceva sempreppiù, si stabilivano nuovi fori fistolosi, che in seguito comunicavano fra loro e mettevano completamente allo scoperto la cavità articolare; così che erano visibili i capi articolari e le cartilagini epifisarie in via di necrosi e di distacco. L'inferma cessava di vivere verso l'ottava settimana di malattia per febbre pio-setticoemica.

Osservazione VIII.

Piosetticoemia - artrite purulenta al gomito sinistro (Clinica propedeutica diretta dal Prof. Bozzolo, Torino 1882).

S. A. di 17 anni, lineatrice di carta: abito regolare, costituzione buona, nutrizione generale discreta, primipara. Entra in Clinica in terzo giorno di puerperio, dopo un parto laborioso avvenuto in casa particolare, susseguito da emorragia notevole, per quanto si può sapere dalla donna; da febbre alta, senza brividi, da dolori addominali, da lochiazione fetente. Entra (8 febbraio 1882) con febbre elevata, T. 40°, 4; accusa cefalea, sete intensa: all'esame si trova ventre voluminoso, meteorizzato, dolente alla palpazione, specialmente nelle fosse iliache; al disopra del pube la palpazione è meglio tollerata: il fondo dell'utero si trova a quattro dita sul

pube: dalla vagina esce un liquido brunastro puzzolente: alla faccia interna delle piccole labbra vi sono abrasioni di aspetto grigiastro: il collo dell'utero è rifatto, l'orificio permeabile e a bordi regolari.

La sera dello stesso giorno di entrata, 8 febbraio, la temperatura sale a 40°, 6: nella notte dolori addominali vivi, delirio, vomiti, scariche diarroiche, brivido prolungato.

9 febbraio: temperatura massima 40°, 7, P. 140, R. 28, temperatura minima 38° alle ore 6 ant. È più tranquilla del giorno precedente, il ventre è meno sensibile alla pressione.

10. T. massima 40°, 4, P. 120, R. 28. Condizioni generali non cambiate: nella notte si manifesta *un dolore acutissimo al gomito sinistro:* la mattina seguente si trova questa giuntura tumida, edematosa, alquanto arrossata.

11. T. massima 39, 3, P. 120, R. 28. Scariche diarroiche ripetute, delirio, dolore sempre acuto al gomito, dove il più leggiero movimento è intollerato.

12. T. massima 39°, 2.

13. T. massima 39°, 6.

14. T. massima 39°, 1. Ventre molto meno dolente alla pressione; lochiazione ancora un po' odorosa; qualche scarica diarroica. L'articolazione del gomito è sempre tumida, arrossata e assai dolente.

La remissione leggiera dei fenomeni generali e l'abbassamento sensibile della temperatura verificatosi dopo la comparsa dell'artrite, perdura nei giorni successivi; ma non ostante una cura addatta ed attiva, generale e locale, i sintomi articolari non cedono punto nella loro intensità. Il 25 febbraio, ventesimo di puerperio, si applicava al braccio sinistro un bendaggio leggermente compressivo ed immobilizzante; ma i dolori non cedono. — Sei giorni dopo si toglie il bendaggio e si trova l'articolazione sempre tumida, arrossata e dolente assai; in un punto limitato al lato esterno dove si ha distinta fluttuazione, la pelle presenta una tinta giallognola.

Il 7 febbraio, dopo un mese di giacenza in quella Clinica, e in queste condizioni, passa in una sala di chirurgia dello stesso spedale di S. Giovanni, nella sezione del Prof. Novaro.

Durante il trasporto si apre spontaneamente la pelle nel punto giallo, alterato, ed esce notevole quantità di pus. Nei giorni successivi si fanno altre punture artificiali e si applicano tubi di

drenaggio che attraversano l'articolazione; lavature e medicazioni rigorosamente antisettiche, ripetute ogni giorno.

Rivedo oggi la donna. 15 marzo, in 38ª giornata di puerperio: è molto deperita e sofferente; l'articolazione ha una forma fusata, ed è sempre dolente; attraverso ai fori fistolosi lo specillo penetra nella cavità articolare; le superfici cartilaginee articolari sono irregolari, ma non pare che i capi ossei siano già allo scoperto. I tessuti circostanti sono edematosi, la pelle arrossata, la più leggiera pressione fatta sui capi articolari esternamente torna sensibilissima. L'arto è in cattive condizioni, nè si può esattamente prevedere l' esito nè fino a che punto il processo morboso articolare spingerà le indicazioni terapeutiche. Darò ulteriori ragguagli, se arriverò in tempo, prima della pubblicazione di questa mia modesta memoria.

Lesioni ossee in puerperio senza febbre.

Nel decorso di un puerperio apparentemente fisiologico accade talvolta di notare l' insorgere di un dolore ottuso, od anche terebrante, limitato all' epifisi di un osso, o alla diafisi: in genere un tal dolore suole iniziarsi nelle ore notturne, decorrere in un modo irregolare, presentare esacerbazioni pure di notte, richiamate in parte dal calore del letto; più tardi quello si fa continuo e si aggrava nei movimenti.

In questo periodo la malattia ha l' apparenza di una semplice nevralgia, e se dopo qualche giorno, dopo due o tre settimane, il dolore o spontaneamente, o mercè qualche risolvente locale, comincia a cedere, come può avvenire nei casi più leggieri di localizzazione infeziosa, esso può scomparire senza lasciare alcuna traccia, e senza far presentire le gravi conseguenze a cui avrebbe potuto dar luogo quel processo locale.

Infatti quasi sempre al dolore, che si fa sempreppiù molesto, succede un legger edema della parte affetta, edema non accompagnato da rossore della pelle, nè da molta tensione dei tessuti, caretterizzato da una persistenza ribelle all'azione di tutti i risolventi, e che tradisce la profonda alterazione ossea. Questo stato di cose può prolungarsi per qualche mese; se poi, la lesione limitata, ha sede in vicinanza di un' articolazione, questa comincia ad alterarsi nella sua funzionalità; in principio si ha difficoltà nei movimenti, e più tardi immobilità completa. Allora osservando

attentamente la località (gomito, ginocchio, ecc.), si riscontra una tumefazione affusata, non avente limiti netti, la quale può estendersi a tutto l'arto, ma è più marcata in corrispondenza dell'articolazione, e propriamente più in corrispondenza delle tuberosità ossee; alla palpazione si ha la sensazione di una pastosità speciale; la pressione col dito non lascia che leggiera e sfuggevole impronta.

Quello che è caratteristico si è che l'edema è limitato agli strati superficiali dei tessuti, mentre ne sono risparmiati i più profondi; la stessa capsula articolare, che a prima giunta si crederebbe grandemente alterata, non presenta che un leggier edema: non idrope intracapsulare. Se si cerca di imprimere dei movimenti all'articolazione, tornano dolorosissimi e insopportabili: la pressione col dito risveglia anche dolori verso le epifisi, e più sulle tuberosità ossee.

In tali casi *il processo osteomielitico* limitato alle epifisi può decorrere e terminare sempre mantenendo un andamento lento, e l'esito ordinario *è l'anchilosi,* che è quasi sempre incurabile, perchè data da produzione di osteofiti (anchilosi ossea).

Frattanto l'inferma è senza febbre, e il puerperio, perciò che riguarda i fenomeni generali, non lascia nulla a sospettare: sempre però ad un accurato esame si troverà qualche anomalia nell'apparato sessuale e nelle sue adiacenze, e che consiste in alterazione dei lochi, in metriti ostinate, subdole, in perimetriti e parametriti quasi inavvertite. Per cui nessun dubbio intorno alla natura della lesione ossea.

L'osteomielite epifisaria che abbiamo descritto, e terminantesi con anchilosi, non è la sola forma che si può avere di tali infiammazioni ossee infettive a decorso lento. O per mancanza di cura appropriata, o per l'intensità del processo, e per predisposizione individuale, l'infiammazione può diffondersi alla capsula articolare e parti circostanti, con tanta attività da condurre in breve tempo ad un'artrite purulenta, con distruzione della capsula, delle cartilagini articolari e con carie delle ossa; si può assistere in tal modo all'apertura spontanea di un'articolazione. La medicazione asettica può tornare infruttuosa, ed è necessario talvolta ricorrere all'estremo compenso, l'amputazione, quasi sempre fatale in tali emergenze, e l'inferma muore in brevissimo tempo per infezione pio-setticoemica. Qui non manca mai una reazione febbrile, ma essa parrebbe dipendente solo dalla lesione ossea, e non collegata come è al fatto primitivo, l'infezione puerperale.

Altre volte, quando il processo osteomielitico decorre in modo lento, può accadere che esso si risolva parzialmente in una parte, mentre si accende subdolamente in un'altra; all'osteomielite semplice succede lo sviluppo di granulazioni nelle trabecole ossee, fino ad avere un forma spiegata di *osteomielite fungosa.* — In quella parte, in cui si sviluppa il processo osteomielitico fungoso, si osserva un ingrossamento dei capi articolari, ingrossamento arrotondato; i tessuti sovrapposti si fanno aderenti, la pelle si assottiglia: e ad un periodo più avanzato, in seguito a sviluppo sempre crescente di granulazioni, le trabecole ossee si usurano, la pelle si esulcera, ed ecco formata *una fistula,* da cui geme un secreto scarso, icoroso, sanguinolento di cattivo odore. L'introduzione di uno specillo nel seno fistoloso ci può far avvertire la presenza di sequestri, talvolta di una certa grandezza *(osteomielite fungosa con sequestri).* Intanto i poteri nutritivi della donna subiscono un abbassamento progressivo, e si accende una reazione febbrile con esacerbazioni vespertine.

L'osteomielite ha carattere diffusivo, e limitata dapprima nell' epifisi di un osso può invadere più tardi anche la diafisi, estendersi dalla parte spongiosa e compatta dell'osso verso la cavità midollare, portando guasti sempre maggiori. E qui vi ha un fatto notevole e legato alle condizioni puerperali più o meno alterate, mentre per qualche tempo, stando il processo limitato all' epifisi dell'osso, i fenomeni generali si mantengono invariati, tutto ad un tratto si manifesta una febbre a carattere altamente infettivo, con esacerbazione del dolore che si estende lungo la diafisi, e seguito da forte tumefazione dei tessuti circostanti: all' esame della località si rileva la diffusione del processo osteomielitico. L'inferma versa in grave pericolo, e l' osteomielite diffusa assai spesso finisce con esito letale per febbre setticoemica.

Lesioni ossee con febbre.

Fin qui ho fatto parola di quelle lesioni ossee che insorgono in puerperio senza l'accompagnamento di febbre puerperale: ora fa duopo ch' io accenni a quelle altre lesioni ossee che compaiono nel decorso della febbre puerperale, intesa come abbiamo detto. E qui sarò assai breve: queste lesioni sono in senso di osteomielite acuta con infarti ed ascessi del midollo, e sfuggono molte volte all'osservatore più diligente. Per la coesistenza di gravi fe-

nomeni generali, esse decorrono subdole, e ad eccezione del dolore lungo una diafisi e nell'epifisi nulla si può rilevare, perchè spesso manca anche il gonfiore che potrebbe dirizzare al diagnostico.

Ancor quando è possibile diagnosticare che in un dato osso si è ordito un processo infiammatorio, non si può presentirne abbastanza nè l'estensione, nè la gravezza che può assumere, se non ad un punto più avanzato della malattia e quando i fenomeni morbosi si sono viemmeglio spiegati. Per ultimo non è raro che, sotto il dominio dell'alta infezione puerperale, la donna muoia prima che il processo locale siasi apertamente dichiarato, e sia stato diagnosticato; e allora il solo reperto cadaverico può mostrare un processo osteomielitico in via di formazione, e qualche volta già ben formato, ma che non ha potuto compiere le sue fasi evolutive, perchè la paziente ha cessato di vivere per condizioni generali più gravi.

E così è appunto avvenuto nella puerpera citata nell'osservazione quinta in proposito delle lesioni articolari puerperali.

Uno studio separato dei processi di periostite puerperale da quelli dell'osteomielite può stare dal lato teorico più che dal pratico; il periostio si trova in rapporto fisiologico così intimo colle ossa, che le malattie di una di queste parti si diffondano quasi sempre nell'altra, e spesso è difficile riconoscere quanta parte distinta abbiano avuto nella malattia, e se questa sia stata primitiva nel periostio o nell'osso, se cioè si tratti piuttosto di una periostite con successiva osteomielite, o viceversa. Queste due forme al loro esordire presentano gli stessi sintomi; la parte affetta è vivamente dolorosa; se corrisponde ad un'estremità ossea, e si trova in vicinanza di un'articolazione, rende impossibili i movimenti; la cute conserva il suo colorito, ma è tesa, talvolta edematosa, e lascia trasparire le vene sottostanti molto dilatate, per l'ostacolo della circolazione profonda; i tessuti molli della località sono più o meno edematosi.

Questi sono segni di alterazioni profonde, e non è che più tardi che si può stabilire una precisa diagnosi differenziale: una pronta tumefazione dei tessuti circostanti ci indurrà a credere una lesione periostea, mentre che, esistendo gli stessi sintomi, se la tumefazione manca, o è assai leggiera, saremo piuttosto portati a diagnosticare un'osteomielite, e a credere che il periostio sia molto meno impegnato nel processo infiammatorio.

La periostite settica puerperale ha un decorso poco diverso da quello dell'osteomielite; anche quella può terminare con suppurazione, e formazione di fistole, e con produzione di sequestri ossei. Anche alle periostiti si accompagnano facilmente le artriti delle articolazioni vicine, o contigue; la capsula articolare, geneticamente considerata, rappresenta un prolungamento del periostio, e questo ci dà ragione delle dipendenze dei morbi articolari da quelli del periostio e dell'osso.

Osservazione IX.

Osteomielite epifisaria con successiva artrite terminatasi coll' anchilosi al gomito destro. (Fatto clinico osservato nella clinica di Parma, N. progressivo del parto 39, anno 1881).

Q. A., cameriera, di 22 anni, di buona costituzione e di abito regolare; primipara; gravidanza regolare, come il parto, avvenuto l' 8 marzo 1881, di feto vivo e sano in presentazione di vertice in posizione O. I. S. A.

Nel parto una piccola lacerazione perineale.

Al 2° giorno di puerperio i lochi si fanno molto odorosi: ventre trattabile, indolente; utero contratto moderatamente; fondo a livello del bellico; liberi i parimetrii. Temp. 38.

4° giorno di puerperio. Compare in scena un dolore vivo alla regione del gomito destro, dolore che si accentua alla pressione, massime in corrispondenza delle tuberosità omerali, dell' epicondilo e dell'epitroclea, e più al lato interno; la pelle non è arrossata; appena traccia di edema; i movimenti impressi all' articolazione destano un po' di sensibilità. Temp. massima 38.

5°, 6°, 7° giorno. Gli stessi sintomi; l'edema è un po' più manifesto, il dolore più vivo in corrispondenza dell'epitroclea; i movimenti sono meno tollerati. Temp. massima 38,2.

8°, 9°, 10° giorno. L' edema si è diffuso a tutto l'arto; l'articolazione del gomito ha una forma fusata; dolori vivi, intollerati i più limitati movimenti; la pelle ha il suo colorito naturale. Temperatura massima alla sera 39°; notti insonne; inappetenza; la malata è molto sofferente.

Il freddo locale, le pomate calmanti, la posizione elevata del braccio, valgono a poco, e si applica una fasciatura semplice leggermente compressiva, la quale lenisce d'alquanto le sofferenze.

Nei giorni successivi le condizioni locali restano stazionarie; la temperatura non oltrepassa mai i 38°, ma la donna va in continuo deperimento. In tali condizioni esciva dalla clinica in 38ª giornata di puerperio per comparire ben presto in un'altra clinica, chiamatavi dal bisogno di sollievo.

Una fasciatura compressiva gessata, e poi una seconda; bagni locali prolungati e quotidiani dopo tolte le fasciature; pomate risolventi, furono la base della cura topica.

Rividi la donna tre mesi dopo la sua uscita dalla clinica ostetrica, e portava un'anchilosi completa in quell'articolazione malata; i capi articolari corrispondenti erano ingrossati, un po' sensibili alla pressione; persisteva ancora un legger edema periarticolare; la malattia volgeva a guarigione.

Debbo alla gentilezza del Prof. Domenico Maiocchi, l'aver potuto seguire questo fatto clinico ne' suoi varii periodi, fino alla completa evoluzione, e debbo allo stesso professore qualche schiarimento avuto a tale riguardo. « La forma di artrosinovite, di cui sopra, egli diceva, dev'essersi iniziata dalle ossa e non dalla sinoviale: di ciò si può essere sicuri anche pel solo quadro clinico; è però difficile determinare con esattezza rigorosa la qualità e la quantità delle alterazioni avvenute là dentro.

Stando però alla teoria settica si deve ritenere: 1° che la detta lesione fu prodotta da embolismi settici nel midollo delle ossa, per cui si accese un processo di osteomielite epifisaria; 2.° che più tardi avvenne la diffusione del processo nelle cartilagini e nella sinoviale, per cui si formavano essudati in non grande quantità; 3° che finalmente questi essudati, organizzandosi, avevano portata l'anchilosi di quella articolazione. »

Osservazione X.

Infezione puerperale; periostite suppurativa della piccola falange del dito anulare destro. (Clinica diretta dal Prof. Tibone, 1880).

E. Orsola, contadina, di abito regolare, di buona costituzione, primipara, parto prematuro per morte del feto, che pesava 2740 grammi.

Passa regolarmente il primo e il secondo giorno di puerperio; si nota però un po' di fetore nei lochi.

3° giorno. Brivido. Temp. 40,2. Pols. 118. Resp. 28.

Ventre piano, trattabile, utero indolente, parametrii liberi, lochi fetentissimi; la superficie delle piccole contusioni all'ostio vaginale prendono un aspetto difterico.

4° giorno. Temp. massima 40. Pols. 120. Resp. 34.

Gli stessi sintomi del giorno prima, più un dolore nella piccola falange del dito anulare destro.

5° giorno. Temp. massima 39,5. Pols. 90. Resp. 90.

Al dolore si è aggiunta tumefazione marcata nel dito anulare destro.

6° giorno. Distinta fluttuazione. Edema diffuso a tutta la mano. Temp. massima 40. Pols. 120.

Sempre le stesse condizioni generali gravi; ventre leggermente meteorizzato, e un po' sensibile alla pressione; placche difteriche ai genitali; lochi fetentissimi.

7° Si dà esito alla raccolta purulenta con un piccolo taglio: medicazione antisettica.

Nei giorni successivi, mediante cura energica, migliorano le condizioni generali; continua però il lavorio di suppurazione e di distruzione nel dito anulare destro, dove si ha minaccia di *disarticolazione spontanea* della piccola falange. Lavature e medicazioni disinfettanti, glicerina ed acido borico, freddo sulla parte. Le condizioni generali vanno sempre migliorando, e la donna esce dalla clinica in 24ª giornata di puerperio; però il dito non accenna a guarigione.

Non si potè seguire l'ulteriore decorso di questo processo infiammatorio periostitico, sorto in seguito a quelle gravi condizioni puerperali, e non posso per questo riportare l'esito suo definitivo.

Cause predisponenti e cause occasionali.

Visto il modo di insorgere, di decorrere e di terminare dei processi morbosi articolari ed ossei nel puerperio infezioso, resta a cercare quali cause possono predisporre e dar origine alla loro manifestazione.

Innanzi tutto è bene di cercare quali sono le principali modificazioni che la gravidanza fisiologica imprime nelle articolazioni e nelle ossa, e vedere quale influenza queste modificazioni possono esercitare sul risveglio di quelle affezioni.

È noto a tutti che le sinfisi pelviche nella gravidanza subiscono

un certo grado di rilassamento. Nel riferire un caso interessante osservato a Parma (1), aveva detto che la fibro-cartilagine interpubica è composta di una porzione periferica, resistente, a fibre riunite in fasci e in lame che si portano obliquamente da una superficie ossea all'altra, e di una porzione mediana identica pel suo aspetto e per la sua struttura alla parte centrale dei dischi intervertebrali, e presentante una cavità munita di prolungamenti villiformi. È questa porzione molle che si sviluppa considerevolmente nella gravidanza, a spese della porzione periferica che invade quasi completamente. Lo stesso avviene nelle sinfisi sacro-iliache. Questo dipende da aumento dell'attività vascolare, da aumento della massa e della pressione del sangue, e da maggiore sierosità che conseguentemente compenetra i tessuti; e come nelle sinfisi pelviche, in tutte le altre articolazioni siffatto processo di infiltrazione sierosa, con differenza di grado, si osserva. Nelle sinfisi pelviche vi ha di speciale il richiamo attivo di sangue, per compartecipazione di funzionalità cogli organi genitali in queste condizioni; nelle estremità inferiori vi ha il rallentamento maggiore della corrente sanguigna, dovuto in parte alla pressione esercitata dal globo uterino sui tronchi venosi principali.

Orbene, questi fatti, questi disturbi nutritivi e funzionali, debbono certamente predisporre alle localizzazioni puerperali nelle articolazioni: ne forniscono una prova evidente i casi osservati da Trousseau, da Hayn, e riportati dal Galvagni nel suo bel lavoro (2): ed è esemplare quello tolto dalle note cliniche del Professore Masserenti (3).

Come le modificazioni articolari della gravidanza sono pronunciate maggiormente nelle sinfisi pelviche, parrebbe che in queste dovrebbero verificarsi con frequenza maggiore le localizzazioni puerperali, ciò che non avviene in realtà; ma non per questo perde di valore la nostra asserzione, che le modificazioni della gravidanza esercitano una influenza predisponente sulla loro comparsa.

Altre circostanze possono influire e influiscono indubbiamente sulla elezione articolare; si capisce, per esempio, che più frequen-

---

(1) Fasola. *Annali di Ostetr., Ginec. e Ped.*, 1881.

(2) Dott. Ercole Galvagni. *Cenni sulle malattie delle sinfisi nella gravidanza, nel parto e nel puerperio*, anno 1868, pag. 20.

(3) *Idem*, pag. 37.

temente dev'essere presa quell'articolazione che per ragioni anatomiche e naturali è più usata e maltrattata.

Sappiamo che anche nelle ossa spiega la sua influenza lo stato di gravidanza: è frequente la produzione di osteofiti alla superficie interna delle ossa del cranio, fra il tavolato interno e la faccia esterna della dura madre. Su 100 gravide si trovano 50 volte, secondo Rokitansky e Moreau (1). È poco conosciuta la loro genesi e la loro importanza: quello che si può dire è che tali produzioni non sono esclusive della gravidanza (2), e che in questa non danno mai luogo a disturbi funzionali cerebrali.

Dopochè gli studi del professore Bizzozero hanno dimostrata la funzione ematopoetica del midollo delle ossa, e il rapporto intimo fra lo stato di questo e le varie condizioni del resto dell'organismo, sorge naturale la domanda: quali e quante modificazioni subisce il midollo delle ossa nella gravidanza, in cui il sangue stesso è profondamente alterato? Il midollo presenta varietà di struttura e di aspetto secondo l'età, la costituzione, le condizioni fisiologiche e patologiche dell'individuo (3); rosso nell'infanzia, si fa giallo nell'adulto e nel vecchio per l'arricchirsi in adipe: è specialmente nel midollo rosso che si trovano tutti quegli elementi che lo elevano alla dignità di ghiandola sanguigna. Nelle gravide il midollo tornerebbe allo stato infantile, si farebbe rosso, per maggior vascolarizzazione in rapporto colla sua maggiore attività funzionale, e forse per una trasformazione in midollo linfoide, con molte cellule rosse, come si riscontra nelle malattie croniche (4). Orbene, queste alterazioni istologiche, funzionali e nutritive, richiamate dal fatto della gravidanza, dall'impoverimento del sangue e dal bisogno di nutrire il prodotto del concepimento, debbono predisporre alle localizzazioni ossee dei processi puerperali. Quando nel puerperio il processo locale osseo tiene dietro ad un processo infettivo generale di durata un po' lunga, può riconoscere un'altra causa predisponente nelle alterazioni midollari consecutive all'infezione generale. La funzione cui è destinato il midollo, dice il Foà (5), aveva lasciato supporre che nel medesimo si potesse avere uno specchio dei processi morbosi generali; e

---

(1) A. Moreau. *These de Paris,* 1844.
(2) Virkow le ha trovate con certa frequenza nelle morte per tisi.
(3) Foà. *Studio sull'anatomia patologica del midollo delle ossa,* 1872.
(4) Prof. D. Maiocchi. *Conferenze.* Parma, 1881.
(5) Foà, *loc. cit.*

invero, considerando i casi raccolti (1), si può affermare con sicurezza che le alterazioni generali dell'organismo sono accompagnate da alterazioni del midollo delle ossa.

Le lesioni articolari ed ossee nel puerperio sono il prodotto di una infezione, sia che questa decorra con caratteri ben netti e con febbre alta, sia che decorra senza febbre, in modo subdolo e lento: in tutti i casi la causa è sempre unica, ed è riposta nell'azione di micro-organismi, nella formazione di emboli settici o settico-pioemici, che vanno ad arrestarsi nella capsula articolare, nel midollo osseo, sotto il periostio, destandovi quei processi infiammatorii di cui teniamo parola. L'embolo può originarsi da un trombo venoso che risiede nella vicinanza delle ferite genitali: è noto che questi trombi vanno soggetti ad un rammollimento specifico, giallo, putrido, determinato dalla presenza di schizomiceti e che questo rammollimento è seguito da flebite suppurativa. « La comparsa epidemica della flebite suppurativa negli spedali, e la evidente trasmissibilità di questi processi, parlano troppo vivamente per la compartecipazione di bassi organismi ai processi medesimi (2). »

Il rammollimento giallo, putrido, favorisce il distacco di piccole particelle di esso trombo, dando così formazione ad emboli che portati dalla corrente sanguigna vanno a depositarsi in punti svariati e più o meno distanti da quello di partenza. È questa una delle origini dei focolai metastatici, ma non è l'unica, nè si ha sempre bisogno di una trombo-flebite per questi. Infatti, dice Cohnheim, l'importanza della trombo-flebite in questi casi consiste solo in ciò che fornisce un buon terreno per lo sviluppo di microrganismi *entro la circolazione:* quando vi esista nell'organismo un altro terreno favorevole al loro sviluppo, dal quale possano insinuarsi nel torrente sanguigno, tali focolai si stabiliscono anche senza una trombosi puriforme. In tal modo migrazioni di schizomiceti si possono avere direttamente dalla superficie delle ferite infette attraverso a vene ancora sane, e attraverso a linfatici. Intorno all'embolo, là dove si arresta, intorno alle colonie di quei vegetali inferiori, si ordiscono focolai infiammatorii tipici, con rapidità ed estensione proporzionata al grado di malignità e di grossezza dell'embolo (Cohnheim).

---

(1) Vedi numerose ed esatte sue osservazioni, *loc. cit.*

(2) Giulio Cohnheim. *Lezioni di patologia generale,* traduzione di V. Napolitani, 1879, pag. 119.

Nel determinare le lesioni articolari ed ossee, prendono parte anche le disposizioni individuali, e le malattie pregresse: in qualche caso anzi si potrebbe ritenere che quelle non siano che una manifestazione di affezioni latenti passate allo stato costituzionale; di processi flogistici sopiti, ma non completamente vinti, al cui risveglio si presta assai bene il puerperio: altre volte si potrà trovare ed accusare qualche causa reumatizzante che sorprese la donna; ma nella grande maggioranza queste ragioni sfuggono ad un attento e rigoroso esame, e non resta che considerare il processo articolare ed osseo nel puerperio, sia con febbre o sia senza febbre, nel senso dell'infezione puerperale, come abbiamo detto.

Gli sforzi di Ragot e di Vaille per dimostrare la loro natura reumatica non reggono ad una sana critica, e le loro osservazioni forniscono altrettanti argomenti per istabilire che qui si tratta di tutt'altra cosa che di reumatismo. In queste malattie mancano i caratteri del reumatismo, irregolarità, instabilità, mobilità; il loro insorgere è improvviso, e la loro durata è lunga: un'articolazione non guarisce improvvisamente quando altre sono prese; qui non si ha poliartritismo, mancano i segni della diatesi artritica nell'individuo e nella famiglia.

Le lesioni cardiache sono la regola nel reumatismo: l'opposto nelle artriti puerperali: se queste guariscono, non recidivano, e le ammalate non si trovano esposte più di un altro individuo a siffatte artriti, a meno di una nuova infezione puerperale. Queste particolarità erano state notate anche da Ragot e da Vaille, i quali dalle loro osservazioni avevano dedotto (1):

1° Che in nessun caso avevano rilevato precedenti di diatesi reumatica;

2° Che a differenza che nel reumatismo articolare, nelle puerpere l'artrite si era terminata quasi costantemente con suppurazione;

3° Che questi processi articolari erano stati sempre preceduti da alterazioni nell'apparato genitale e sue adiacenze, da flebiti, da metroperitoniti, ecc.

La mancanza di ascessi metastatici nei polmoni, nel fegato, nella milza, nei reni o in altri visceri, non può essere argomento valevole, come vorrebbe Vaille, per ricusare l'origine embolica di

---

(1) Hervieux, loc. cit., pag. 1056.

queste artriti: è fatto constatato che si possono avere forme squisite d'infezioni purulente con tutti i sintomi caratteristici, brividi ripetuti, diarrea, dimagramento, ecc., nelle quali mancano ascessi metastatici viscerali, e dove al reperto cadaverico si può trovare come unica lesione evidente un'artrite purulenta.

« Si è dimostrato sperimentalmente che bolle d'aria o goccie di grasso possono essere trasportate dovunque dalla corrente sanguigna, fintantochè non giungono in un punto dove il calibro piccolo dei vasi li arresta: si è dimostrato che piccolissime gocce di grasso passano talvolta il sistema capillare dei polmoni per soffermarsi nelle anse dei glomeruli. Perfettamente lo stesso vale per le colonie di bacterie, di piccolo calibro, ed ancora meglio per queste, trattandosi di corpiccini straordinariamante molli, cedevoli, ecc. » (1).

Dunque il reumatismo articolare e le affezioni articolari del puerperio sono fra loro nettamente distinte per diverso modo di iniziarsi, di decorrere e di terminare, benchè abbiano di comune la natura infeziosa.

Il clinico di Roma, prof. Baccelli, aveva già sostenuto con argomenti clinici ed anatomici la natura infettiva del reumatismo, e dopo di lui il Marchiafava mostrava la presenza di micrococchi nei punti necrotici delle cartilagini articolari, nelle affezioni artritiche reumatiche.

Il reumatismo e i processi puerperali non sono le sole forme infeziose che hanno tendenza a dare localizzazioni nelle articolazioni e nelle ossa.

Il Marchiafava (2), dopo aver mostrato come gli studi recenti dirizzati ad indagare la natura del tifo addominale tendono a farla ritenere parassitaria, e dopo aver accennato alle osservazioni di Reklingausen, di Eberth, di Klein, di Sokoloff, di Fischel, i quali avevano trovato numerosi micrococchi nel pus degli ascessi che si producono nel corso del tifo, negli ascessi renali, negli ascessi delle ghiandole del Lieberkuhn, degli spazi linfatici, nei vasi venosi e nel tessuto della mucosa, nella milza, nelle ghiandole linfatiche; microrganismi tanto più numerosi quanto più la malattia è recente e quanto più è grave, il Marchiafava, dico, riporta un

(1) Cohnheim, *loc. cit.*, pag. 138.
(2) Marchiafava, *loc. cit.*, pag. 94.

caso di tifo addominale osservato nello Spedale di Santo Spirito in Roma, alla cui necroscopia si erano trovate localizzazioni di questa malattia anche nel midollo delle ossa, colla presenza d'innumerevoli micrococchi.

È noto del resto che nel corso di una tifoide, massime se è lento, si possono sviluppare infiammazioni articolari, artriti terminanti con ascesso, od una osteomielite circoscritta o diffusa, allo stesso modo che nel reumatismo articolare e nei processi puerperali.

Già Volkmann aveva scritto nel suo libro che le infezioni acute e croniche possono accendere processi infiammatorii nel periostio e nelle ossa: il prof. Lücke fa un passo più in là, e vuole che nei casi a decorso cronico questi processi infiammatorii possano passare allo stato latente per un certo tempo: ne fanno fede, egli soggiunge (1), quei focolai caseosi che si riscontrano molto tempo dopo un'osteomielite, un tifo, ecc., e che si ridestano sotto l'influenza di un irritante qualunque. Secondo Lücke, in seguito a malattie infettive possono formarsi, allo stato latente, focolai infiammatorii nelle ossa e sotto il periostio, i quali poi si destano a distanza più o meno grande dall'inizio della malattia infettiva.

Vi ha dunque una manifesta tendenza dei processi infettivi di localizzarsi nelle articolazioni e nelle ossa. Da quanto abbiamo detto fin qui possiamo trarre le seguenti conclusioni:

1° Nel puerperio apparentemente semplice e nel puerperio con sintomi spiegati di febbre, si possono riscontrare lesioni articolari ed ossee.

2° Queste lesioni possono decorrere in maniera acuta o cronica, e sono in senso di artrite suppurativa o fungosa, o in senso di osteomielite epifisaria o diffusa, suppurativa o fungosa.

3° Le forme di artrite o di osteomielite puerperali hanno caratteri comuni colle altre di origine infeziosa, e caratteri propri, specialmente pel modo di insorgere, di decorrere e di terminare.

4° Queste lesioni articolari ed ossee nel puerperio sono sempre il prodotto di una infezione settica, sia che questa decorra in modo subdolo, sia che decorra in modo spiegato con tutto il treno dei fenomeni dell'alta febbre.

---

(1) Prof. Lücke. *Sull'eziologia delle osteiti e periostiti croniche,* 1881.

Cura preventiva e cura diretta.

Dappoichè gli studi dei moderni patologi hanno dimostrato che i processi puerperali, come tutte le infezioni in genere, sono conseguenza dello sviluppo e dell'azione di microrganismi, anche la loro terapia si è fatta razionale. Colla medicazione asettica essa cerca di tener lontano i germi infettanti dalla superficie delle soluzioni di continuità delle vie generative e li combatte colla medicazione antisettica quando si sono già portati su di quelle.

La profilassi antisettica alla Lister ha trovato in ostetricia una delle sue più utili applicazioni, ed oggi tutti i clinici ammettono coll'evidenza dei fatti che spesso i processi puerperali più gravi si debbono attribuire ad un insufficiente metodo antisettico (1).

Per l'asepsis nella Clinica diretta dal prof. Tibone si provvede in questo modo:

Tutte le donne alla loro entrata sono sottoposte ad un bagno, e poche ore dopo all'esame ostetrico. Questo è fatto dal medico assistente in presenza di cinque studenti, due dei quali sono ammessi a ripetere l'esame per scopo istruttivo; vi sono esclusi quegli studenti che di recente avessero frequentate sale anatomiche e praticate autopsie. Si fa l'esame a braccia nude e previa accurata lavatura delle mani e delle braccia con acqua semplice e con acqua fenicata; il dito esploratore è spalmato con olio fenicato o con vaselina, e le esplorazioni vaginali sono seguite da generose irrigazioni vaginali.

In principio di travaglio un semicupio e irrigazioni vaginali, le quali si ripetono ad ogni esplorazione; nella sala da parto un polverizzatore funziona ad intervalli, e nel periodo espulsivo, allorchè la testa si presenta ai genitali esterni, vi si aggiunge la irrigazione pressochè continua ai genitali.

Si cerca di abbreviare per quanto è possibile la durata del travaglio allo scopo di conservare l'attività uterina, che sappiamo essere in ragione diretta della rapidità di quello. La paura di inerzia e di emorragia uterina dopo un parto rapido è infondata, come già l'aveva dimostrato Paul Dubois, e sappiamo invece che dopo un travaglio lungo, massime nel periodo espulsivo, la donna resta stanca, spossata, e che l'utero difficilmente si presta ad una

(1) Cuzzi. *Contribuzione allo studio del metodo antisettico in ostetricia*, 1878.

energica contrazione durante e dopo il secondamento. Nella contrazione l'utero evita le emorragie pel distacco della placenta, restringe la sua cavità, ed esercita un'azione espulsiva sugli annessi e sui coaguli sanguigni: se l'utero non risponde bene a quella funzione, all'azione espulsiva può sostituirne una aspirante e assorbire materiali infettanti lungo le vie generative. Egli è per questo che si cerca di abbreviare il parto con ragionevole scelta di quei mezzi di cui è ricca l'arte, ed è per questo che nella Clinica di Torino il forcipe è usato con una certa frequenza.

Il secondamento è provocato col metodo della spremitura. Applicate le mani sul fondo e sul corpo dell'utero, si serrano con forza e si comprime quest'organo contro la colonna vertebrale, tanto che gli annessi vengono enucleati insieme col sangue effuso. Tosto dopo si somministra assai frequentemente la segala cornuta, e tutto allo scopo di sollecitare il secondamento e di ottenere una pronta e durevole contrazione. Questa manovra era praticata immediatamente dopo la espulsione del feto; senonchè l'esperienza aveva mostrato qualche inconveniente: la placenta pigiata e forzatamente cacciata quando era ancora tutta aderente alla superficie uterina, non sempre si staccava completamente come si era constatato in vari casi, dove coll'acqua fenicata delle irrigazioni endo-uterine si erano osservati bricioli placentali che erano stati aderenti all'utero. Per questo ora si preferisce attendere qualche minuto dopo l'espulsione del feto per procedere alla spremitura, ed aspettare che la placenta vi sia alquanto preparata dalle contrazioni uterine.

Dopo il secondamento, una esatta pulizia della donna, irrigazioni vaginali e medicazione per occlusione con cotone fenicato trattenuto da un bendaggio a T: tutto questo si ripete mattina e sera fino al nono o decimo giorno di puerperio, cioè fintanto che la donna resta in Clinica. Con ciò si facilita l'uscita dei lochi, si evita la penetrazione dei germi infettanti, si impedisce la decomposizione delle materie organiche nelle parti genitali profonde.

La fasciatura addominale è sostituita da un lenzuolo ripiegato a più doppi ed applicato sul ventre: esso concorre a mantenere la retrazione e la contrazione uterina, e a secondarne l'involuzione. Il letto delle puerpere è privo di materasso, ed esse riposano sopra un semplice paglericcio, che si rinnova per ciascuna:

la biancheria e la camera vengono disinfettate con fumicazioni di zolfo prima di essere usate; questa poi è bene aereata, e buona parte della giornata sta a finestre aperte, senza tema d'inconvenienti nella stagione rigida: è la temperatura alta più dannosa della bassa; quella favorisce la decomposizione dei materiali organici, il sudore; indebolisce le puerpere, diminuisce la lochiazione. Il ricambio di aria, mentre caccia i germi che si trovano nello ambiente delle sale, e sostituisce un'atmosfera pura ad una impura, diluisce, per così dire, i materiali settici ed evita potentemente i pericoli dell'infezione. Nello stesso tempo la quantità maggiore di ossigeno nell'aria rende l'ambiente improprio allo sviluppo degli organismi più dannosi, di quelli che l'aria uccide, e che per ciò Pasteur ha chiamato *anaerobies*. Sono questi che attaccano gli elementi carbonici dei tessuti, e che soventi agiscono di un modo fulminante: sono questi che spiegano un'azione rapidissima nei mezzi privi di ossigeno (1).

Con questo sistema di cura profilattica, rigorosamente applicato, e che segna il trionfo della teoria parassitaria dei processi puerperali, si potè scongiurare la grande mortalità che nei tempi passati ha fatto strage delle povere puerpere anche in questa Clinica, che dal lato della situazione e della costruzione lascia molto a desiderare, e che si trova troppo al disotto delle esigenze che al giorno d'oggi la scienza, l'arte e il sentimento dell'umanità impongono per la guarentigia delle ricoverate.

La medicazione asettica, elevatasi alla dignita di arte, fornisce il più bell'esempio di profilassi antiflogistica di cui anche l'ostetricia va superba: questa invece non si trova altrettanto potente quando, avvenuta per una causa qualunque l'infezione, cerca di combatterla e di domarla.

È dura verità ed umiliante questa, che l'azione della terapia ostetrica nella lotta contro i processi puerperali è debole, insufficiente, allorchè quelli si sono impossessati dell'organismo della donna, e si sono generalizzati.

Non posso passare in rassegna i vari mezzi consigliati nella cura dell'infezione puerperale in genere, questione di prima importanza e che occupa tuttora i cultori della scienza. Per non scostarmi troppo dall'argomento, debbo limitarmi ad un cenno

---

(1) A. Doléris. *La fièvre puerperale et les organismes inferieurs*, 1880, pagina 59.

intorno a quei mezzi che possono trovare la loro indicazione nella cura diretta e locale delle lesioni articolari ed ossee, di cui brevemente abbiamo trattato.

Nell'artrite e nell'osteomielite a decorso lento, prima cura deve essere l'immobilità e la posizione elevata della parte malata, tanto più richiesta quanto più sono accentuati il dolore ed i fenomeni congestivi. Gli antiflogistici, freddo, sanguisugio, coppette scarificate, ecc., trovano raramente la loro indicazione, tranne che nelle intercorrenti esacerbazioni acute o subacute di questi processi infiammatorii. È ancora il freddo locale il ghiaccio, che merita maggior credito; calma il dolore, e la sua applicazione costante protratta per mesi, quando fosse compatibile, potrebbe favorire il riassorbimento delle infiltrazioni infiammatorie croniche specialmente nelle articolazioni e nelle ossa (1). Possono tornare di maggiore utilità i derivativi e i risolventi, il nitrato d'argento sotto forma di pomata, il jodoformio, la tintura di jodio concentrata, l'unguento di joduro di potassio, di mercurio, gli epispastici, che si compongono di cantaridi polverate, e che agiscono sollecitamente; il ferro rovente e il termocauterio, per produrre escare più o meno profonde, a seconda che si richiede una suppurazione più o meno abbondante e durevole. Anche questi però sono di azione incerta; il riposo, la posizione, un'adatta fasciatura compressiva, e un mezzo di data recente, la estensione lenta e continuata mediante pesi, danno i migliori risultati: rimedi meccanici semplici, tengono un posto importante nella pratica. Nelle infiammazioni artritiche l'estensione riduce al minor grado possibile la pressione vicendevole delle superfici articolari e diminuisce sensibilmente il dolore.

La raschiatura, le resezioni, e finalmente l'amputazione, vengono in iscena nei casi più gravi.

Quando si hanno raccolte purulente endo-articolari o peri-articolari sotto il periostio o nel corpo dell'osso, è conveniente di fare incisioni e dar loro esito, oppure è meglio aspettare l'apertura spontanea? La questione è importante e dibattuta: il Bilroth vorrebbe rispettati gli ascessi di quelle articolazioni e di quelle ossa che per loro natura si prestano poco ad atti operativi, come sarebbe l'articolazione del ginocchio, le vertebre, il sacro, ecc.

---

(1) Bilroth. *Patologia e terapia chirurgica,* pag. 406, anno 1874.

L'esperienza, egli dice, ha mostrato sufficientemente che tutte le manualità operatorie tendenti ad imitare la lenta e spontanea apertura di questi ascessi non riescono mai così blande come la naturale perforazione ulcerativa della pelle dall'interno all'esterno. All'infuori di questi casi, e in quelle località in cui l'apertura è meglio tollerata, egli consiglia la puntura sottocutanea, piccola, e praticata con tutte le precauzioni antisettiche e una lavatura della cavità dell'ascesso con soluzione di acqua fenicata, con tintura di jodo, ecc.

Nei processi morbosi articolari od ossei a decorso acuto, stanno anche in prima fila il riposo e la posizione opportuna della parte ammalata. La fasciatura gessata e leggermente compressiva, i derivativi locali e sul tubo intestinale, gli antiflogistici, i risolventi, trovano qui il loro posto, e bisogna ritenere che è in tali circostanze che una cura attiva, cominciata per tempo e ben diretta, può condurre a risultati molto soddisfacenti. Al contrario si deve avere molta riserva per le resezioni e per le amputazioni, massime quando la donna si trova sotto l'azione dell'alta febbre infettiva puerperale, in cui questi estremi compensi sono mai sempre letali.

IL CRANIOCLASTE DI C. BRAUN

STUDIO

DEL DOTT. PAOLO NEGRI

Medico 2° Assistente alla R. Scuola di Ostetricia in Milano
diretta dal Prof. Cav. DOMENICO CHIARA.

OSSERVAZIONE XI (inedita).

(*Operatore lo scrivente*)

N. 246 del 1881. — È accolta il 3 novembre in travaglio di parto una donna di abito manifestamente rachitico, alta m. 1, 32; pelvimetria esterna:

Circonferenza	ctm.	74
Fra le spine	»	22
» creste	»	25
Obliqui	»	24
C. esterna	»	16,5
Bitroc.	»	29

Col riscontro: il vertice mobilissimo allo stretto superiore con procidenza della mano destra e del funicolo pulsante. Promontorio facilmente raggiungibile, la C. D. è valutata a mm. 90, la gravidanza è alla fine dell'ottavo mese; la bocca uterina è dilatata a circa 7 ctm.

In base a questo reperto, il piano terapeutico fu stabilito così: Fare un tentativo di versione e qualora questo non riuscisse passare alla cranioclastia.

La donna cade ben presto in profonda cloronarcosi e si passa allora al tentativo di versione colla mano sinistra: l'introduzione è resa assai difficile dalla resistenza offerta dall'ostio vulvo-vaginale ed in genere da tutto il canale. Durante tale manovra, il cordone non dà che qualche rarissima pulsazione, onde si rinuncia alla versione.

Si passa alla craniotomia Braun, resa alquanto malagevole dalla grande mobilità del capo e poi si applica il cranioclaste Braun. Alle prime tirate l'istrumento girò spontaneamente all'indietro.

Il feto estratto pesa gr. 1900 senza cervello e senza una parte di sangue. La mobilità del capo fetale rese necessaria una doppia craniotomia: la prima trapanazione cadde sul parietale sinistro un po' al di dietro della gobba, la seconda sulla branca sinistra della sutura lambdoidea.

Il cranioclaste è fissato al cranio secondo una linea che dal punto di apertura si porta al bordo superiore della cavità orbitaria destra.

Si trovano le seguenti lesioni: frattura multipla del parietale destro e del frontale destro; frattura completa della volta dell'orbita destra; inoltre rotto anche il frontale sinistro e completamente lussato l'occipitale. La base è resa cedevole in corrispondenza del diametro bitemporale.

Il puerperio, decorso alquanto febbrile, non impediva alla operata di abbandonare l'Ospizio completamente ristabilita il 15 novembre in dodicesima giornata di puerperio.

Osservazione XII (inedita).

(*Operatore il Prof.* Domenico Chiara)

N. 258 del 1881. — Servente di anni 39. È accolta il 25 novembre in travaglio di parto; è alla quinta gravidanza: due decorsero normalmente e terminarono coll'espulsione di due feti vivi, altre due s'interruppero spontaneamente nel corso del terzo mese.

È di conformazione scheletrica regolare, regolare è la pelvi, e la gravidanza al termine (ultima mestruazione al 20 febbrajo 1881).

Da circa tre mesi la donna avvertiva intermittentemente perdita di sangue dai genitali; ebbe a notare in tale circostanza contrazioni uterine dolorose.

Entra in Clinica alle ore 12 meridiane per grave emorragia avuta nel mattino. Lo stato generale è quello di donna fortemente anemica. — Al momento dell'accettazione la perdita è cessata.

L'ispezione mostra l'utero prevalentemente sviluppato nel diametro verticale; la palpazione fa sentire il vertice all'ingresso pelvico, il dorso a destra, e l'ascoltazione riscontra il battito cardiaco fetale sulla linea d'unione dei due quadranti di destra. Al riscontro il collo appare cancellato, dilatato a circa 4 ctm., poco o nulla dilatabile; allo innanzi, a sinistra anterior.e e posterior.e, si tocca tessuto placentare e solo posteriore, ed a destra il dito arriva sulle membrane ed attraverso queste si esplora il vertice fetale. La placenta è in parte staccata; si completa generosamente il distacco, si rompono le membrane e si battezza il feto. Il liquido amniotico cola tinto in verde, continua stillicidio sanguigno dai genitali, ed alle 4 pom. si riscontrano accentuati i segni di anemia generale. Il polso si è fatto piccolo e frequente, si notano vomiturazioni e vomito, timpanismo addominale ed uterino, affatto scomparso il battito cardiaco. Le contrazioni uterine continuano ma poco valide.

Alle 9 pom. l'orificio non è più dilatato di quello che era a mezzogiorno, ma è molto più dilatabile. Il vertice è sempre allo stretto superiore in posizione O. I. D. A. Dai genitali gocciola ancora qualche po' di sangue. Visto lo stato generale, si interviene tenendosi però pronti contro un probabile collasso.

Mantenendo la donna nella posizione sacro-dorsale, si procura soltanto di rialzare la pelvi sottoponendo al sacro un duro cuscino, e poi si procede alla craniotomia (trapano Braun) che cade quasi sul bregma, indi si applica il cranioclaste di Braun che afferra il parietale destro, che si stacca dalla testa ed esce dai genitali in uno all'istrumento alle prime tirate, che hanno peraltro portata la testa fino all'ostio vaginale. La mano portata in vagina afferra il capo fetale e compie l'estrazione.

Per quanto lo svuotamento dell'utero sia stato lentissimo (ad arte), tuttavia tennero dietro gravi segni di collasso che richiesero l'uso dell'etere solforico per via ipodermica, la fasciatura agli arti ed il riscaldamento generale.

Alle 11 pom. lo stato generale era soddisfacente.

Il puerperio decorse morboso per endometrite, e la donna rincasava il 15 dicembre 1881, in diecinovesima giornata di puerperio.

7.° — Critica delle Osservazioni esposte.

La semplice esposizione dei casi clinici non basta: è necessario anche il passarne in esame i vari momenti. È perciò che io mi occuperò *dell'istrumento adoperato, delle indicazioni dell'atto operativo intrapreso,* e *della valutazione del vizio pelvico.*

Strumento impiegato. — Desterà meraviglia che io a questo punto parli ancora dell'istrumento di Braun, ma la meraviglia cesserà quando si sappia che anche lo strumento inviatoci dal signor Leiter di Vienna, e che noi credemmo *il vero cranioclaste di Braun,* in qualche cosa non collima con quello descritto da Braun stesso nel suo trattato. Quindi mi sento in dovere di segnare qui le principali dimensioni del cranioclaste adoperato.

Peso dello strumento (compreso l'apparecchio a compressione) gr. 950. Lunghezza totale dall'apice dei morsi all'estremo dei manici, ctm. 45, dei quali 18. 5 dall'apice dei morsi al centro del perno di articolazione, e 26. 5 dal detto punto all'estremo dei manici. Elevazione massima dell'apice dei morsi, ctm. 4.

Da questi dati, appare indubbiamente che l'istrumento posseduto dalla Maternità di Milano è un po' più gracile, e sopratutto è meno lungo.

Infatti, quello descritto da Braun pesa 1 chil. ed è lungo 47 ctm. di cui, 20 dal perno all'apice delle cucchiaja e 27 dal perno allo estremo dei manici.

Io credo utile il notare questo fatto perchè ritengo sopratutto importante la differenza in meno nella lunghezza del modello posseduto a Milano, di circa 15 mm. a spese del tratto superiore dello strumento.

Indicazioni. - Valutazione del vizio. — Delle dodici Osservazioni esposte, noi dobbiamo ora fare una severa selezione. Incominciamo dal primo caso: si tratta della pelvi maggiormente viziata, irregolarmente, e la C. V. della quale era stata valutata da 68-70 mm. Ebbene, il lettore avrà già fatto, in leggendo l'osservazione, il seguente giudizio: qui era il caso brillante del cranioclaste, eppure l'istrumento non è riuscito. Ho riportato il caso a studio in primo luogo perchè era doveroso il farlo, in secondo luogo per-

chè io credo che il cranioclaste sarebbe riuscito anche in quel caso se la presa dello strumento fosse stata quale il Braun descrive.

L'egregio mio maestro prof. Chiara (operatore), non essendo subito riuscito il cranioclaste, abbandonò l'istrumento per rivolgersi al vecchio uncino da lui valorosamente sostenuto e coll'opera e colla parola. Il risultato fu ottimo; l'estrazione del capo si ottenne mediante la sostituzione della presentazione della faccia a quella del vertice: la craniotomía, e più ancora il cranioclaste di Braun, asportando buona parte di un frontale, aveano reso cedevole la volta, essa era annullata di fronte alla stenosi pelvica: l'uncino deflettendo la testa portava in rapporto al punto stenotico il diametro mento-frontale diminuito della volta, agevolissima quindi ne fu la estrazione. Ma perchè allora non riuscì il cranioclaste?

Io mi spiego la cosa, interpretando la presa fatta. La branca fenestrata era caduta sul frontale sinistro, ma l'istrumento era completamente fissato *sulla volta del cranio;* non potea quindi la presa avere un punto valido di resistenza, ed infatti alle prime tirate la testa s'impegna, esce in copia la sostanza cerebrale, ma in seguito uno scroscio avverte che parte della volta cedeva. Non s'era in questo caso ottenuto ciò che con poche parole descrive il Braun, e cioè che istrumento e cranio facciano un corpo solo, ciò che non si ottiene se non è presa fra le branche parte della base craniana; ed infatti abbiamo la controprova nel reperto: *base un po' sconnessa ma non rotta.*

Ciò premesso, trascuriamo affatto dal *punto di vista della pelvi* la Osservazione IV, in cui avendosi una stenosi pelvica valutata da 78 ad 80 mm. nella C. V., s'interruppe ad arte la gravidanza nell'iniziarsi del nono mese; la V perchè qui lievemente piatta era la pelvi e col vertice s'eran fatti procidenti un piede, una mano, il cordone; la VI perchè con pelvi normale ed a feto morto, si prescelse la craniotomia e la liberazione con il cranioclaste; la IX e la XII perchè in donne dalla pelvi normale, con placenta previa e feto morto si credette conveniente ricorrere alla embriotomia; l'XI infine perchè trattandosi pure di pelvi rachitica piatta (C. V. mm. 80) c'era contemporaneamente un parto prematuro spontaneo e la indicazione fu offerta dalla morte del feto presentandosi il vertice di questo con un braccio ed il cordone.

Restano quindi alla disamina le Osservazioni II, III, VII, VIII e X. In questi cinque casi, di quali viziature pelviche si trattava? Esponiamo in un quadretto i dati principali:

II. Univ. ristretta . . .	CD —	CV 78. 80
III. Rach.	» 85	» 75
VII. Rach.	» 88	» 78
VIII. Rach.	» 90	» 80
X. Piatta non rach. . .	» 90	» 80

Trascuriamo per un momento il fatto (che del resto deve richiamare in modo speciale l'attenzione del pratico) che la pelvi della donna, argomento della seconda Osservazione, fosse anche universalmente ristretta. I cinque casi ci offrono tutti vizi assai lievi, e forse le cifre là esposte ad esprimerli ci danno una misura che non è quella reale. E mi spiego.

Sebbene nella valutazione di un vizio pelvico non sia sufficiente la determinazione del solo diametro retto dello stretto superiore, ma conti ancor molto il poter giudicare complessivamente della forma e dello spazio utile, tuttavia è convenuto che il migliore criterio, il principale e quello che serve nella maggioranza dei casi, sta appunto nella valutazione di quel diametro.

È noto eziandio che la risoluzione del problema affaticò le menti dei pratici e le menti degli artefici; numerosissimi e complicatissimi sono i pelvimetri esterni, interni, misti a tal uopo proposti.

Pure la corrente abbandonò qualsiasi pelvimetro e s'arrestò alla mano. L'indice o l'indice col medio, parvero i migliori e più fedeli pelvimetri, perchè intelligenti.

Ma col dito la misurazione della conjugata vera la si ha soltanto in modo indiretto; è cioè necessario il dedurre una quantità maggiore o minore a seconda dei casi; e sappiamo che i fattori che fanno aumentare o diminuire la cifra da togliersi sono moltissimi.

S'aggiunga a ciò che in un bacino normale lo spazio utile nel senso antero-posteriore dello stretto superiore non è già dato dal diametro retto (la linea che unisce il punto più sporgente del promontorio col punto di mezzo del margine superiore della sinfisi del pube), ma bensì da una linea che unisce il punto sopra notato del promontorio con quello più sporgente della *faccia posteriore della sinfisi del pube.* Ora la differenza che passa tra la lunghezza del diametro retto dello stretto superiore e quella dello spazio utile minimo, secondo uno studio da Pinard fatto su cento bacini (1), sarebbe la seguente:

---

(1) Pinard. *Les vices de conformation du bassin.* Paris, 1874.

2 volte i diametri erano eguali,
15 volte la differenza variò da 1 a 3 mm.,
74 volte oscillò fra 4 e 9 mm.,
9 volte da 10 fino a 14;

ciò che è equivalente al fatto che 83 volte su cento lo spazio utile varia da 4 a 14 mm. in meno del diametro promonto-pubico (1).

Feci analoga ricerca in 20 bacini, presi a caso nella ricca raccolta della Scuola di Milano, ed eccone i risultati:

Una volta il minimum era inferiore di 1 mm. al retto superiore.

4	volte	segnava	2	mm.	in meno
4	»	»	3	»	»
4	»	»	4	»	»
5	»	»	5	»	»
1	»	»	7	»	»
1	»	»	8	»	»

il che corrisponde al dire che oltre la metà di questi bacini presentavano uno spazio utile allo stretto superiore minore di quello segnato dal diametro retto dello stretto superiore, di 4 ad 8 millimetri.

E questo fatto deve ancor più pesare, allorchè si consideri che la soluzione del problema fu anche posta da un punto di vista geometrico: si sa infatti che in un triangolo scaleno il cui angolo ottuso misuri 100′ il lato massimo è eguale al medio più un terzo del lato minimo. Scrive sn questo proposito il dott. Casati (2):

« La osservazione ripetuta sopra varie pelvi di forma, misure ed inclinazioni normali, mi dimostrò sempre come il triangolo formato dalle linee che segnano la distanza fra la parte inferiore della sinfisi pubica ed il promontorio del sacro, fra questo e la parte superiore della sinfisi pubica, e la linea che traccia la parete interna della sinfisi pubica, costituisce un triangolo scaleno il cui angolo ottuso è misurato in 100′, e costituito dalle due linee che rappresentano l'una la distanza fra il promontorio del

(1) Crouzat. *De la mensuration du diamètre promonto-pubien minimum.* Paris, 1881.

(2) *Sulla osteomalacia.* Milano, 1871, pag. 85.

sacro e la parte superiore della sinfisi del pube, l'altra la direzione della faccia interna della sinfisi pubica.»

La deduzione pratica sarebbe adunque: conosciuta l'altezza della sinfisi pubica e la lunghezza della conjugata diagonale, da questa deducendo un terzo di quella, sarebbe valutata la lunghezza del diametro retto dello stretto superiore.

Ma sappiamo che oltre al fattore *altezza* della sinfisi troppo altri ne occorrono che possono infirmare il risultato: anche non considerando questi, vediamo subito che in ogni modo 60 volte su 100 saremmo indubbiamente condotti a giudicare lo spazio utile come superiore al reale di una quantità variante da 4 a 14 millimetri.

L'incertezza nella valutazione della C. V., conosciuta la C. D., si palesa negli scritti degli autori. Vediamo infatti che le deduzioni consigliate oscillano dai 5 ai 25 mm.; vediamo che anche deducendo in media 15 mm., gli errori sono ancora frequenti.

Forse molti successi del parto prematuro, del forcipe e del rivolgimento nella stenosi pelvica, trovano la loro spiegazione nella valutazione della C. V. dalla C. D., cioè nella quantità della deduzione.

Ed è appunto per questa ragione che scrissi le misure delle cinque pelvi in discussione (Osservazioni II, III, VII, VIII, X) essere forse superiori alle reali dimensioni. Infatti, per tutte la deduzione fu minima, di soli mm. 10; ed il solo fatto di dedurre una medesima quantità per ogni pelvi deve già farci sospettare un errore, poichè troppo frequenti le variazioni da pelvi a pelvi di quelle condizioni che tanto influiscono sulla quantità da dedursi.

Supponiamo infatti che in tali pelvi anzichè 10 mm. soli ne fossero stati dedotti 15 (e credo che la massima parte degli ostetrici avrebbe così fatto) avremmo allora in luogo di 78, 75, 78, 80, 80, quali indici della C. V., cifre ben più piccole e più importanti dal punto di vista operatorio, quali 75, 70, 73, 75, 75.

Ma comunque sia la cosa, rientro nell'argomento del cranioclaste; si fossero pure valutate a questo modo quelle pelvi, non avrebbero servito a dimostrare l'azione cefalotriba del cranioclaste; eravamo ancora in casi in cui l'istrumento dimostra solo la azione traente.

Negli esposti casi adunque, quel limite che domanda la riduzione reale od apparente della base mai non toccammo; e quindi

l'applicazione del cranioclaste non ci servì che come semplice mezzo di estrazione; ed ecco il perchè noi non possiamo far deduzioni pratiche sul modo di agire del cranioclaste.

In casi consimili e generalizzando dalla pelvi normale a quella ridotta a 7 ctm. nella C. V., *il cranioclaste di Braun riuscirà sempre bene, qualunque sia il modo della sua applicazione,* e avrà così bandito per questi casi il cefalotribo, istrumento più pericoloso sotto ogni rispetto.

La clinica e l'esperimento hanno trovato buono l'istrumento anche nei casi in cui si abbia sproporzione fra il diametro bimastoideo e la C. V. solo che mentre la clinica è arrivata ai 54 mm. l'esperimento (Fabbri e Cuzzi) s'è arrestato a 60 mm., spiegando in modo eccezionale la riuscita nei vizi che stanno al disotto.

Non si deve adunque usare il cranioclaste nei vizi al disotto dei 60 mm.? Ma prima di rispondere a tale domanda, dobbiamo soffermarci alcun po' su altri casi in cui fu applicato il cranioclaste, vale a dire alle Osservazioni IV, V, VI, XI e XII.

Qui eravamo in altrettanti casi di indicazione relativa dell'embriotomia.

È massima della scuola di non fare più alcun calcolo del feto, allorquando la vita di questo è certamente perduta. Ecco il perchè figura la embriotomia anche con pelvi normali, o con pelvi tanto poco viziate che sarebbe ancor possibile la liberazione con mezzi non ledenti il feto. Si sa infatti che l'estrazione di un capo fetale integro apporta sempre delle lesioni più o meno profonde all'orificio uterino, al canal vaginale, all'anello vagino-vulvare; si sa inoltre che riescono pericolose alla madre oltre che le soluzioni di continuo anche le pressioni dei tessuti contro le pareti ossee del canale.

Se tali lesioni, se tali compressioni si producono in vista di una vita (feto vivo), l'interesse di questo deve far dimenticare quelle; ma qualora il feto è morto e v'abbia indicazione alla pronta liberazione della madre, sarebbe riprovevole quell'ostetrico che facesse ancora qualsiasi conto del cadavere fetale.

S'aggiunga che in tali condizioni la liberazione a feto integro non può esser fatta che o con il forcipe o con il rivolgimento, più di frequente con quello che con questo; spesso (e non deve dimenticarselo il pratico) cioè può accadere in primipare a genitali rigidi, più facili in conseguenza le lesioni che alla lor volta aprono la via con maggiore facilità ai processi puerperali infettivi.

Ma ciò non basta. Se è necessario l'intervento prima della completa dilatazione della bocca uterina è certo che l'estrazione del capo fetale integro apporterà quelle lacerazioni della cervice che sono già tanto frequenti anche nei parti affatto spontanei, a meno che non si voglia artificialmente ampliare la via, ciò che rincresce assai di fare, qualora il contenuto non sia che un cadavere.

In tali casi adunque, la pratica più corretta è la estrazione del feto, ridotto per quanto si può; in tali casi è di una applicazione facilissima il cranioclaste, come quell'istrumento che si può introdurre anche ad un grado poco inoltrato di dilatazione della bocca uterina.

S'aggiunga a questo che il cranioclaste stirando a mo' di cono il capo fetale, viene ad impegnare progressivamente nella bocca uterina una parte sempre più grossa, ed agisce quindi come dolce dilatatore dall'alto al basso; dilatazione questa che può avvenire assai lentamente qualora proceda lentissimamente l'operatore nelle tirate.

È in tal modo che assai si presta il cranioclaste nei casi di placenta previa marginale, in cui il feto sia morto ed in cui lo stato della donna non permetta d'attendere una completa dilatazione della bocca uterina.

Nessuno degli altri strumenti può essere paragonato in tali casi al cranioclaste, che preferito alla versione ci permette una estrazione più lenta ed un traumatismo più dolce; circostanza di gran momento quando il rapido svuotamento dell'utero ci fa temere una sincope mortale.

E non si creda che tali casi sieno rari: in quel sempre gravissimo accidente che è la placenta previa, non pochi sono i fatti in cui il troppo rapido svuotamento dell'utero costò la vita della donna.

In tali frangenti ordinariamente il feto è morto, e di esso nessun conto possiamo più fare. Il *festina lente* dovrebb'essere in allora la divisa; in qualche caso se l'emorragia continua, tutta l'opera dell'ostetrico può ridursi, se è possibile, all'estrazione della placenta, aspettando al compimento del parto che le forze della donna per opera del tempo e degli agenti stimolanti si sieno alquanto rifatte, massime queste, che nella pratica sono troppo frequentemente dimenticate.

La lettura dei casi esposti, meglio che queste parole, mostrerà l'utilità dello strumento al lettore.

8.° — Il cranioclaste di Braun nelle stenosi pelviche al disotto di 60 mm.

Innanzitutto è ora necessaria una dichiarazione: rare volte avverrà che il pratico ed anche il clinico esperto si trovino a lottare con vizi pelvici compresi nel limite segnato; e le ragioni non sono poche. Prima di tutto è utile il ricordare come la maggior parte delle viziature pelviche, quelle cioè che costituiscono, direi quasi, il pane quotidiano del pratico, sieno comprese nei limiti da 80 a 70 mm.; le viziature pelviche al disotto di 70 mm. cominciano già a farsi rare. Ciò notato, c'è anche un'altra e seria ragione, cioè che nei vizi pelvici al disotto di 65 mm. il pratico prima che all'embriotomia pensa ad un altro soccorso che dà l'arte, cioè al taglio cesareo. Si sa infatti che al disotto di quel limite l'embriotomia non può più essere praticata con quelle regole fisse e quei criteri che guidano l'operatore nelle viziature di minor grado; in secondo luogo il taglio cesareo trova il suo giusto terreno là ove la stenosi pelvica non permetta in una successiva gravidanza il passaggio di un feto vitabile, vale a dire che sia arrivato almeno al compimento del settimo mese. Ecco perchè al disotto dei 65 mm. ed a feto vivo è più conveniente il pensare al taglio cesareo, sempre però modificato col metodo di Porro. Ma se il feto è morto, sarà pure doveroso il fare un tentativo almeno di liberazione per la via naturale, poichè è troppo increscioso il far correre serio pericolo alla madre, il renderla per sempre sterile, senza avere la compiacenza di presentarle vivo il frutto da lei portato.

Tra 65 e 60 mm. vedemmo ancora che il cranioclaste applicato in corrispondenza del parietale posteriore (precisamente sul decorso della sutura lombdoidea) ed in caso di necessità riapplicandolo sulla fronto-parietale pure posteriore, il cranioclaste, ripeto, riesce facendo ruotare la base sul diametro fronto-occipitale. Ecco il perchè concordi il Fabbri ed il Cuzzi assegnano per limite inferiore i 60 mm.

Il Braun arriva allo stesso scopo applicando invece il suo strumento in modo che la base sia presa contemporaneamente allo scheletro della faccia; si combina allora l'azione cefalotritica a quella traente dello strumento; è seguendo questa via che potè

estrarre feti anche in viziature pelviche al disotto di 60 mm. (v. Rokitansky).

In Italia s'ebbe pure una liberazione in viziatura pelvica considerevole. Io la riporto dal citato lavoro del Bergesio (1).

« Osservazione III. — Primipara, sarta, di anni 23, alta m. 1,36, insellatura lombare distinta. Bacino piatto rachitico, generalmente ristretto.

« Diametro sacro-pubico esterno mm. 152. Conjugata diagonale mm. 74, inclinazione esagerata dello stretto superiore, per cui si calcola la conjugata vera a mm. 55; feto vivo. Le si propone il taglio cesareo che *viene assolutamente rifiutato*. Durando il travaglio già da 44 ore, ed essendo colate le acque, la vita del feto presto si spegne. Si passa allo sbrigliamento del collo e poi alla craniotomia colle forbici Rizzoli. L'estrazione si tenta coi forcipi Guyon e Lollini, ma inutilmente. Il cranioclaste di Braun applicato sul parietale sinistro e su parte della porzione occipitale sinistra, libera la donna con sufficiente rapidità, ed il feto estratto pesa senza cervello gr. 2200. All'autopsia risulta lussata la congiunzione del temporale con il parietale e rotta la piccola ala dello sfenoide. Puerperio normale. »

Anche in questo caso si ottenne la liberazione, senza però aver applicato lo strumento nel modo che il Braun raccomanda. In casi adunque di applicazione del cranioclaste nei vizi ora presi in considerazione, bisogna procurare la frattura della base craniana e combinare la riduzione che così si ottiene con quella indiretta, offerta dall'azione *obliquante* goduta dal cranioclaste.

Il Bergesio comprese assai bene lo scopo che in tal modo si proponeva di raggiungere la cranioclastia secondo gli insegnamenti di Braun, e raccomanda perciò di favorire più che si può la deflessione del capo; solo così praticando e con un istrumento simile a quello raccomandato da Braun, vale a dire con forte curvatura cefalica, si può combinare l'azione cefalotriba a quella traente.

È inoltre evidente un'altra cosa: quanto più la craniotomia cadrà in vicinanza del fronte, tanto meglio potrà la branca interna adattarsi alla base del cranio, la esterna sullo scheletro della faccia ed avvicinarsi così nell'applicazione al precetto del Braun. Si deve

---

(1) *Cefalotribo o Cranioclaste?* (*Ann. di Ostetr.*, ecc., 1880, pag. 294).

quindi favorire la deflessione del capo, e meglio ancora prima della craniotomia, onde far sì che questa più si avvicini allo estremo anteriore del diametro fronto-occipitale.

Ed eccoci arrivati alle proposte del Narich, l'ultimo lavoro che si occupi del cranioclaste di Braun, ed il primo lavoro sperimentale che su tale argomento ci sia venuto dalla scuola ostetrica francese.

Il lavoro del Narich porta il seguente titolo: *Exspériences avec le cranioclasle de Karl Braun dans les bassins très rétrécis.* (Paris, Davy, 1882.)

Dobbiamo innanzitutto fare due osservazioni pregiudiziali. La prima risguarda il motto della tesi. L'A. infatti fa tesoro delle parole colle quali il Budin apriva il corso delle sue lezioni nel 1881: *bisogna prendere la scienza in tutti i paesi,* e nel corso del suo lavoro ne tiene conto e mostra infatti di essere assai al corrente del movimento ostetrico italiano sulla questione del cranioclaste. I lavori di Fabbri, Cuzzi, Nicola, Bergesio, vi sono infatti minutamente esaminati, ed alcune esperienze sono dal Narich stesso ripetute; se noi però dobbiamo essergli grati dell'aver tenuto conto anche della letteratura italiana, non possiamo tuttavia comprendere come in lavoro di tal fatta non sia stato consultato qualcuno dei lavori tedeschi od almeno il trattato del Braun; consono alla epigrafe del suo lavoro non dovea dimenticare quel paese che avea dato il cranioclaste così modificato.

La seconda osservazione è rivolta all'istrumento usato dall'autore: il *cranioclaste* usato non corrisponde a quello descritto dal Braun; basta infatti dire che è lungo 43 ctm. e che pesa gr. 1436.

Premesso ciò, diremo quali sieno le proposte del Narich ed in che consista il processo da lui attuato.

Il Narich si propone di risolvere il quesito: liberazione della donna con il cranioclaste nei vizi estremi; i bacini in cui operò presentarono diametri promonto-pubici minimi, oscillanti da 40 a 50 mm. A tal fine propone:

1° Di deflettere la testa completamente portando la branca fenestrata del cranioclaste tra la faccia del feto e la parete pelvica corrispondente;

2° Ottenuta la deflessione, perforare il cranio a circa 1 ctm. sopra la radice del naso;

3° Introdurre nel cavo cranico la branca piena, con questa esagerare la deflessione, far risalire la branca fenestrata, articolare e stringere;

4° Tirare sull'istrumento e produrre un moto di rotazione in guisa che l'estremo posteriore del diametro bimalare venga a corrispondere ad una delle sinfisi sacro-iliache.

Da tale processo il Narich si ripromette:

1° Essere possibile la liberazione anche in bacini ristretti a 50, 45, 40 mm.

2° Vincere perciò sproporzioni fra base cranica e pelvi di 20, 22 e 24 mm.

Con questo processo la testa fetale è estratta, assumendo colla pelvi i seguenti rapporti: la base del cranio è posta perpendicolarmente al piano dello stretto superiore, i diametri trasversi della base vengono collocati in uno dei diametri obliqui dello stretto superiore. Inutile poi il soggiungere che con tale processo l'azione cefalotriba del cranioclaste può mettersi in atto in modo completo.

Tale processo suggerito dal Narich, lo troviamo già chiaramente segnato dal Braun nel caso di presentazione della faccia, e dal Wiener già fino dal 1877 formulato nel suo lavoro dal titolo: *Kephalotrytor oder Kranioklast?* pubblicato nell'*Archiv für Gynaek.*, 1877. Ecco parte di una delle conclusioni che contiene nettamente espressa l'idea del Narich, e che questo autore avrebbe potuto riscontrare qualora avesse osservato realmente il precetto racchiuso nella epigrafe del suo lavoro: « Infine nei casi estremamente difficili, il cranioclaste può permettere la estrazione sostituendo la presentazione della faccia a quella del vertice, *tirando il mento all'ingiù*, e quindi applicando la branca interna nella cavità cranica, l'esterna sulla fronte e sul viso. Lo strumento ha una presa solidissima e nelle trazioni riduce anche la base del cranio. » (*La medicina contemporanea.* Rivista di ostetricia del Dott. Mangiagalli Luigi).

L'esperimento nelle mani del Narich mostrò buono il processo; lo sarà anche nella pratica?

Speriamo in una pronta risposta favorevole. Teoricamente nulla si può opporre, e crediamo che anche praticamente debba pienamente riuscire: solo qualcuno potrà muover dubbio intorno alla possibilità della deflessione artificiale. Il Narich riconobbe come miglior strumento la branca fenestrata del cranioclaste stesso; altri potrebbe usare di un uncino ottuso, altri finalmente della mano; è nostro convincimento che la deflessione possa compiersi, e ciò crediamo basati sul fatto che, data una stenosi pelvica al disotto di 60 mm., troppo difficile è l'impegno della parte presentata di tanto da opporsi al moto artificiale di deflessione.

9.° — Il cranioclaste sul capo ultimo, sull'ovoide podalico e sul tronco del feto.

Fra i 47 casi riportati dal Rokitansky ed osservati nella clinica di Carlo Braun dal 1862 al 1879, cinque volte fu applicato il cranioclaste sulla testa ultima; altre 19 volte fu ripetuta tale operazione tra gli 82 casi occorsi al Braun dal 1871 al 1879. La manovra usata dal Braun in tali circostanze è semplicissima: pratica ancora la craniotomia con il suo trapano e poi spinge la branca piena nel cavo cranico e l'altra porta in corrispondenza della faccia fetale; stringe validamente e poi pratica le tirate. Il Braun soggiunge che da quando adopera il suo strumento, mai ebbe ricorso ad uncino acuto. Anche qui l'istrumento agisce bene, perchè viene a fissarsi sulla base del cranio, che in pari tempo viene ridotta.

Data la morte del feto in presentazione dell'ovoide podalico, ecco ancora ottimo istrumento per la estrazione, il cranioclaste di Braun. Il modo di applicazione e qui segnato dall'anatomia della parte presentata. Infatti, nulla dev'essere più facile della introduzione della branca piena nel retto fetale, ed eziandio agevole di collocare la branca fenestrata in corrispondenza del sacro fetale; chiuso validamente l'apparecchio di compressione, noi veniamo a fornire la parte presentata di un arto artificiale, il quale assai facilmente permette le tirate nell'asse dello stretto. Anche lo Fritsch, nella citata conferenza, raccomanda tale applicazione.

Resta finalmente l'applicazione *sul tronco*. In un mio breve scritto tentai altra volta di dimostrare che, ad evoluzione spontanea avviata, il miglior istrumento per liberare la donna terminando artificialmente il parto, era l'impiego dell'uncino acuto. Tentavo ancora di interpretarne l'azione ammettendo contemporaneamente e la riduzione del corpo fetale per la frequentissima eviscerazione che determinava l'uncino, e la sostituzione od aggiunta della *vis a fronte alla vis a tergo*. A chi non voglia proprio saperne dell'uncino, può in tali circostanze tornar utile il cranioclaste di Braun; questo strumento, affatto ottuso, può esser portato nei genitali senza timore anche dal pratico poco rotto alle difficoltà operatorie.

Per far ciò, basta imitare il Barnes: aprire cioè il torace, portare nel cavo la branca piena, all'esterno la fenestrata e stringere la vite. Si viene così a far presa sulla colonna vertebrale che può anche rimaner completamente schiacciata. Tirando sullo strumento si può in tal modo compiere la evoluzione fetale.

Ricordo finalmente a modo di conclusione il consiglio di Braun: « In ciascuna cranioclastia si deve spingere, per quanto è possi- « bile, profondamente un cucchiajo nel cavo cranico, per poter pren- « dere le ossa del cranio in grande estensione; » in questo consiglio sta tutto il secreto del buon successo dell'atto operativo. Fatta una valida presa « si è applicato quasi un peduncolo al capo, « si sono prodotte, in certo modo artificialmente, le condizioni che « si verificano nella fuoriuscita del capo nel parto per le natiche. » (Fritsch, l. c.).

L'ACIDO TIMICO

NEI PROCESSI PUERPERALI FEBBRILI

OSSERVAZIONI CLINICHE

raccolte dal Dott. G. INVERARDI

1° Assistente all'Istituto Ostetrico e Ginecologico di Torino
diretto dal Prof. Cav. Domenico Tibone.

(*Cont. e fine*, V. N. 3-4, pag. 195).

Prima di passare in esame queste osservazioni debbo scolparmi di una taccia che di certo mi si lancerebbe dal lettore, quella cioè di non aver fatto seguire l'osservazione 6ª dal verbale della relativa autopsia.

Dirò pertanto che per non so quale distrazione del personale inserviente dell'Istituto anatomico a me non pervenne mai la relazione dell'autopsia fatta in mia presenza dal dott. Rattone, 1° settore dell'Istituto Anatomico.

Questa lacuna posso però in parte riempiere coi ricordi che conservo di quell'autopsia, che d'altra parte fu, mi si passi la parola, *negativa*. Infatti non si trovò più traccia alcuna di quelle lesioni che siamo soliti riscontrare nei cadaveri di individui morti per processi infeziosi, e se si eccettua uno stato di floscezza del miocardio con discreta degenerazione grassa che può ritenersi come conseguenza delle elevate temperature che presentò quest'ammalata e che può pure spiegarsi il grave collasso da cui contro ogni soccorso medico, essa fu uccisa, nulla d'altro si è trovato che nel più perfetto stato normale, compreso tutto il tubo gastro-enterico. — Possiamo adunque scagionare completamente l'acido timico di questa morte e ascriverla invece ad esaurimento da combustione febbrile.

Ciò premesso passiamo a studiare l'azione del rimedio che ci sta occupando. Dapprima abbiamo voluto amministrare il rimedio mattina e sera per vedere se ognora il suo effetto era uguale. Dalla tavola esistente a guisa di riepilogo in fine delle storie risulta che di 48 amministrazioni del rimedio si ottenne l'apiressia 37 volte, e 13 volte si ottenne un abbassamento termometrico più o meno notevole, ma non l'apiressia completa. Ora se noi ci facciamo a studiare le cause che hanno potuto impedire di ottenere l'apiressia vediamo che figura prima il modo poi l'ora dell'amministrazione del rimedio. Difatti per 2 volte venne dato bensì alla dose di 6 grammi; ma invece di darlo in boli di due grammi l'uno e a distanza di un'ora l'un bolo dall'altro, venne dato, per negligenza di chi doveva amministrarlo, ad 1 grammo all'ora. Tanto nell'un caso che nell'altro non si ebbe l'apiressia, anzi nel primo caso si ebbe la discesa di un grado e 3 decimi, che figura fra i minimi abbassamenti e nel secondo caso la discesa di due gradi che se non è spregevole è però inferiore alla media degli abbassamenti termometrici che possonsi ottenere coll'acido timico. Per modo che se si tolgono dal computo generale questi due casi, noi possiamo dire di aver ottenuto l'apiressia 35 volte su 46 colla proporzione cioè del 76 per cento.

Sulla maggiore o minore sicurezza di ottenere l'apiressia ho detto che influisce pure l'ora dell'amministrazione del farmaco. Già per gli altri antipiretici come il chinino, il salicilato di soda, ecc., il Liebermeister aveva fatto osservare che le ore più propizie per amministrare il rimedio onde ottenere i maggiori effetti, erano le pomeridiane, appunto perchè così l'apiressia artificiale coincideva con l'abituale e naturale diminuzione della temperatura che generalmente osservasi nei febbricitanti anche non sottoposti a nessuna cura antipiretica e che avviene appunto nelle ore notturne e specialmente dalla mezzanotte al mattino. In questo modo la natura e l'arte agiscono nella stessa direzione e si ottengono in tal modo effetti più pronti, più grandi e più duraturi e perciò più utili. Difatti anche questo studio venne da noi fatto, e se si mettono a confronto i risultati ottenuti dal rimedio amministrato nelle ore mattutine, con quelli ottenuti dalle amministrazioni pomeridiane di leggieri si vede che l'apiressia è più certa se il rimedio vien preso di sera, l'azione si fa sentire più a lungo, ed è facile da ciò inferire che l'effetto utile sia anche proporzionatamente maggiore, che non allorquando viene

amministrato nel mattino. — Valgano a dimostrare ciò alcune cifre.

Di 48 volte 11 l'amministrazione seguì nelle ore antimeridiane, e di queste solo 6 volte si ottenne l'apiressia, mentre in 5 volte, cioè in un numero quasi uguale di volte la temperatura discese sì ma non allo stato normale; mentre delle altre 37 volte in cui l'amministrazione si fece nelle ore pomeridiane si ottenne l'apiressia per ben 28 volte, e solo in un quarto dei casi, cioè 9 volte la temperatura pur discendendo di qualche grado non la si è potuta portare a quello dell'apiressia. Sta quindi anche per l'acido timico quello che Lichermeister (1) diceva per gli altri antipiretici da lui sperimentati, e mi piace ora riportare qui le stesse sue parole come si leggono nella traduzione che ha fatto il prof. Della Valle: « Volendo produrre forti remissioni non sceglieremo il tempo in cui la temperatura è in aumento, e per cui essa oppose resistenza particolarmente ostinata ad ogni tentativo di abbassamento, ma invece quello in cui la temperatura si trova in decadenza, e può essere portata facilmente coi mezzi antipiretici a decadenze più pronte e più basse. Al tempo dell'esacerbazione ci limiteremo solo quando lo richiedono circostanze straordinarie, come per esempio una temperatura così alta che minacci pericolo immediato, oppure condizioni speciali dell'ammalato che facciano considerare come pericoloso ogni aumento ulteriore della temperatura. Nondimeno noi lasciamo di solito correre l'esacerbazione senza disturbarla; sappiamo che anche alti gradi della temperatura non apportano pericoli essenziali quando non abbiano una lunga durata. Per contrario cerchiamo al possibile di concentrare tutta l'azione antipiretica nel tempo delle remissioni spontanee, e la riduciamo tosto ad abbassare queste ed allungarle, e ridurre così il tipo pericoloso della febbre continua simile per quanto è possibile a quello senza pericolo della febbre intermittente. Di solito la diminuzione spontanea più forte della temperatura avviene di notte, specialmente nell'intervallo fra la mezzanotte ed il mattino. Questo tempo perciò è il più atto a produrre remissioni artificiali e per conseguenza il tempo dell'azione antipiretica deve essere scelto così che la maggiore energia di quella corrisponda all'intervallo suddetto. I bagni freddi,

---

(1) Ziemssen. *Terapia generale.* — Napoli 1881.

per cui la maggiore azione succede immediatamente, si faranno perciò principalmente di notte, e specialmente dopo la mezzanotte. Circa al chinino, abbiamo già detto che essendo la sua azione maggiore di solito in media dopo 8 a 12 ore, il tempo più favorevole per la somministrazione ricade fra le 3 e le 7 pom. con l'acido salicilico la cui azione succede molto più prontamente, la maggiore opportunità per la somministrazione si ha nelle tarde ore della sera. »

Dalle osservazioni che ho riportato più sopra si ha una conferma di tutte queste idee, come si può vedere pure dallo studio che andremo a fare per conoscere quale sia l'abbassamento termometrico che si può sperare dall'acido timico, e quale si può considerare l'abbassamento medio che da esso si può ottenere, come pure stabiliremo il tempo medio necessario per ottenere questo abbassamento.

Da tutti questi dati verremo poi a delineare l'azione terapeutica, per quello che si riferisce ai processi puerperali febbrili e il tempo opportuno per amministrarlo.

Dividiamo perciò gli abbassamenti in 3 categorie: minimi, medii e massimi, e, classificando fra i primi gli abbassamenti compresi fra 0°, 1°, 5, fra i secondi gli abbassamenti compresi fra 1°, 9° e 3°; e fra i terzi gli abbassamenti superiori a 3°, abbiamo la seguente proporzione:

Abbassamenti minimi:	4	=	8. 33 %
» medii:	35	=	72. 91 %
» massimi:	9	=	18. 76 %
Totale	48		

Per vero dire 4 abbassamenti minimi si ebbero dall'acido timico, amministrato nelle ore pomeridiane, senza ottenere l'apiressia. Ma è da notare in pari tempo che in questi 4 casi sono pure compresi quei due riferiti più sopra, nei quali il rimedio venne amministrato ad 1 grammo all'ora, e l'azione ne era perciò rimasta di molto inferiore a quella che si sarebbe potuto aspettare.

Dei 35 abbassamenti medii, cioè fra i 1°, 5 e i 3°, dieci si ottennero dall'amministrazione del rimedio nelle ore mattutine, e 25 da quelle delle ore pomeridiane. Venendo poi a studiare il risultato utile e definitivo di queste 25 amministrazioni *serali* del

rimedio si vede che per ben 19 volte si procurò nelle ore notturne l'apiressia, e sole 6 volte, cioè in meno di 1/4 dei casi la temperatura non decadde fino alla normale; mentre delle 10 amministrazioni *mattutine* il rimedio diede luogo ad apiressia appena 6 volte e 4 volte, cioè in 2/3 dei casi la temperatura non diminuì a raggiungere la normale.

Se poi ci facciamo ad esaminare gli abbassamenti massimi, cioè al disopra di 3° essi si riducono a 9 casi, in cui sempre si ottenne l'apiressia, e nei quali il rimedio viene amministrato 8 volte di sera e 1 sola volta al mattino.

Resta adunque pienamente confermato quanto dicevamo più sopra che il tempo più opportuno per amministrare il rimedio è nelle ore pomeridiane.

Dal suesposto chiaro apparisce che gli abbassamenti termometrici sono rilevanti, e se si sottraggono dal calcolo gli abbassamenti di 1°, 3 e di 2° ottenuti coll'amministrazione del rimedio ad 1 grammo all'ora, modo d'amministrazione assolutamente da prescriversi e se si sottraggono dal computo gli ultimi 5 abbassamenti contenuti nella tavola sinottica riportata infine delle osservazioni, perchè ottenuti col concorso di altri antitermici (bagno raffreddato, freddo, chinino) oltre all'acido timico; noi abbiamo perciò la media degli abbassamenti ottenuti nella cifra di 2°, 5.

La media del tempo necessario per ottenere tale abbassamento è di 5 ore, potendo questo recidere da 1 ora (in cui si ottenne perfino la remissione di 3°, 1) a 13 ore (in cui se ne ottenne uno di 2°, 7). Per modo che puossi riguardo al tempo utile per far prendere il rimedio, scieglierlo verso le 7 pom., somministrandolo nelle ostie, sotto forma di boli di 2 grammi l'uno ad un'ora di distanza l'uno dall'altro. Qualche volta succede che i boli di 2 grammi non siano bene e facilmente ingoiati; in tal caso sarà utile diminuire i boli in due parti uguali a far prendere le due parti l'una consecutivamente all'altra. Per evitare il vomito che può conseguire all'ingestione di ripetute dosi del rimedio è bene ordinare di prendere subito dopo di esso un po' di bicarbonato sodico o di acqua di seltz o qualche pillola di ghiaccio.

Studiata l'azione antipiretica, che è invero la principale e, per noi, la più importante, esaminiamo quali altri effetti esso ha sull'organismo umano.

Se il rimedio viene preso sciolto nell'acqua produce un peno-

sissimo senso di bruciore nella bocca e nelle fauci, perciò è necessario ravvolgerlo in ostie, e fare in modo che queste cuoprano bene il rimedio onde non succeda che rompendosi l'ostia, gli ammalati si rifiutino di ingoiarne altre dosi. Qualche tempo dopo, qualche volta in capo a pochi minuti, si nota sopra tutta la superficie del corpo un sudore abbondante, qualche volta profusissimo, rumori negli orecchi e rare volte (2) notai pure sordità quasi completa, che scomparve dopo poco tempo (in un caso 6 ore dopo, e nell'altro caso 16 ore dopo). Nello stesso tempo si notò pure una discesa nella colonna termometrica nel polso e nel respiro.

Frequentemente dà pure luogo ad abbondanti e frequenti scariche alvine, dapprima di materie formate, di poi liquide e di colore nerastro, urine verdastre, come le fenizzate. Mi venne di osservare qualche volta pirosi, senso di peso all'epigastrio, raramente vomito, ed un legger grado di delirio, quasi di ebbrezza del tutto passeggero, al quale tien dietro sonnolenza e come se le dosi siano alquanto spinte o di troppo ravvicinate tra loro, come pur compare un legger grado di cardiopalmo e di dispnea, fenomeni però del tutto passeggeri e che non si osservano se le dosi sono mantenute entro i dovuti limiti.

Appena che la temperatura decade e proporzionalmente si fa meno frequente il polso e il respiro, gli ammalati accusano uno stato di grande sollievo e di benessere, cessa la cefalea e il senso di grave oppressione che accompagna tutte le temperature elevate, cessa il delirio, e le ammalate sottoposte a questo rimedio nel tempo che sono sfebbrose pigliano un riposo ristoratore e non infrequentemente chiamano il cibo.

Dopo tante amministrazioni di tale rimedio non ebbi mai ad osservare catarro gastrico, nè fenomeni per altro verso disgustosi.

Senza per nulla entrare nella questione della maggiore o minore utilità di provocare periodi di artificiale apiressia, ripetiamo però quanto abbiamo scritto più sopra, che *resta dimostrato avere la medicina acquistato nel timolo un nuovo e potentissimo antipiretico.*

RASSEGNA

Intorno al taglio cesareo. — Discussione alla Società di Chirurgia (Parigi).

Seduta del 10 maggio 1882 — Presidente Léon Labbé.

Guichard (d'Angers) comunica una osservazione di taglio cesareo da lui praticato seguendo il metodo Porro. Si trattava di una giovine di 25 anni, che avea superato nell'infanzia molte forme scrofolose e che dal 12º anno in poi notò progressive deformazioni scheletriche. Al 6 gennaio, epoca nella quale il dott. Guichard la vide per la prima volta, l'altezza corporea era ridotta a m. 1. 08; gli arti inferiori gracili ma ben conformati misuravano cent. 75, il torace, la testa ed il collo complessivamente soli cent. 33. A livello dell'8ª vertebra dorsale si notava pronunciatissima cifosi; gli organi addominali erano compressi dall'alto al basso. Il corpo uterino col suo contenuto, mano mano che aumentava, veniva cacciato fuori dal cavo addominale e formava un tumore a guisa di bisacca che pendeva all'innanzi delle coscie, e che era mestieri il sollevare per scoprire la vulva.

Lo stretto inferiore della pelvi era tanto ridotto che il parto per le vie naturali era materialmente impossibile. Il bambino essendo vivo il dott. Guichard si decise al termine della gravidanza, a praticare la operazione cesarea il 22 maggio 1881. — Premesse tutte le cautele antisettiche, aperto l'addome, praticò una incisione di 5 a 6 centim. sulla linea mediana dell'utero; uscì subito un fiotto di liquido amniotico; trovati i piedi potè facilmente estrarre un maschio del peso di grammi 2750, vivo e tuttora vivente. Si notò lievissima perdita di

sangue. Estratto il feto-l'operatore portò fuori l'utero e l'amputò in uno alle ovaje, dopo aver praticata la costrizione con il serranodi Cintrat: *toilette* del peritoneo e sutura impegnando il moncone nell'angolo inferiore — medicazione Lister: pennellatura del moncone con soluzione di percloruro di ferro.

Benessere ne' due giorni successivi, solo l'A. notava distensione addominale che domandò la ripetuta puntura con aghi capillari: al terzo giorno coma e morte. — L'autossia non mostrò traccia di peritonite.

La società incarica di riferire i signori Guéniot, Polaillon e Lucas-Championnière.

Seduta del 18 maggio 1882.

Lucas-Championnière fa seguire alla relazione alcune riflessioni. Compara i risultati della cefalotrissia a quelli dell'operazione cesarea, quest'ultima colla attuale medicazione offre maggiori probabilità di riuscita che non desse per il passato. Comunque sia l'amputazione dell'utero, sopratutto di quello puerperale, è sempre grave. Il dottor Lucas ebbe la guarigione in una sua operata alla quale aveva asportato l'utero, gli annessi ed il fondo della vescica; un'altra offerse segni d'isterismo in seguito all'atto operativo.

Uno degli accidenti del taglio cesareo è l'emorragia: in tali casi l'isterectomia si impone. Nell'operazione di Porro, il dott. Lucas consiglia di portar via il meno che si può dell'utero, di suddividerne il peduncolo per meglio assicurare la costrizione, di non abbandonarlo libero nel ventre in causa dei lochi, di ridurlo, per quanto è possibile, di volume, di ritardare la prima medicazione, questione capitale per la guarigione. Non accetta la modificazione di Müller; considera come inutile il preventivo collocamento di un laccio elastico attorno al collo: accetta la proposta di Tarnier, di compiere cioè la incisione uterina mediante la lacerazione delle fibre uterine, sebbene ciò allunghi un po' l'atto operativo.

Ritiene indispensabilè la medicazione antisettica. L'atto operativo, egli dice, esige una grande abitudine alle operazioni addominali. Nel metter termine al suo rapporto approva la condotta del dottor Guichard.

Teofilo Anger ricordando i segni offerti dalla operata del signor Guichard, cioè disturbi nervosi di non chiara spiegazione, dispnea, sudori, orine nere, crede in tal caso alla possibilità di un avvelenamento per acido fenico.

Polaillon non è di questa opinione; nei casi di avvelenamento fenico, il polso è lento, il quadro offerto è quello dell'adinamia, la respirazione è rallentata, la temperatura abbassata. Non crede perciò che i segni offerti dalla operata possano legarsi alla intossicazione da acido fenico. Nelle ovariotomie ed isterotomie da lui pratitate osservando sempre i dettami antisettici, mai vide l'urina farsi nera, nè alcun altro fenomeno di intossicazione. Crede adunque con il Lucas-Championnière che la paziente sia morta in conseguenza di quei fenomeni nervosi che si notano sovente in seguito all'isterectomia, o consecutivamente ad ovariotomie complicate a parziali isterotomie. Cita parecchi esempi nei quali la morte avvenne al 3º o 4º giorno dall'atto operativo, e ne' quali l'autopsia non potè dimostrare alcuna traccia di peritonite.

Anger fa osservare che nell'avvelenamento per acido fenico la temperatura si fa più bassa, ma che il polso si fa più frequente. — Recentemente praticò una isterotomia e non ostante che la costrizione del peduncolo fosse stata energica, nel giorno seguente s'ebbe mortale emorragia. Spera che vengano proposti migliori mezzi per la emostasi.

Marc Sée fa osservare che per prevenire le emorragie è buono il praticare sull'utero una incisione cuneiforme e riunire poi le parti laterali con una sutura. Tale processo ha il vantaggio di chiudere completamente ciò che rimane del cavo uterino e di impedire emorragie nel cavo del peritoneo.

Marchand ha recentemente fatto un taglio cesareo metodo Porro, per una rottura spontanea d'utero, con consecutivo passaggio del feto nel cavo peritoneale. Una parte del feto sembrava ancora nel cavo uterino per cui il Marchand tentò un'applicazione di forcipe, ma l'istrumento lasciò presa, e tutto il feto passò nell'addome.

Aprì il ventre e vide il cavo peritoneale pieno di sangue. Tolto

da questo il feto e la placenta, sulla faccia anteriore dell' utero si notava una vasta lacerazione trasversale. Marchand credette conveniente l'asportare questo viscere; per la formazione del peduncolo si servì dello schiacciatore di Chassaignac. Non ebbe a notare emorragia ma la paziente moriva il giorno stesso all' iniziarsi di una peritonite.

Lucas-Championnière non accetta l'avvelenamento sostenuto dal signor Anger. Intorno alla formazione del peduncolo, questione assai grave, crede conveniente il riparlarne. Risponde poi al Marchand che fece bene a metter in uso il costrittore, ma che tale strumento era già stato adoperato in simili circostanze.

Seduta del 24 maggio.

Gueniot. La cefalotrissia dà risultati tanto più sfavorevoli quanto più marcato è lo stringimento pelvico. Appoggiandomi alle 200 osservazioni di cefalotrissia riportate nella tesi di Lauth, e sopra 22 osservazioni personali, oggetto di un lavoro comunicato alla Società di chirurgia nel 1870, dimostrai che i risultati della cefalotrissia erano quelli ricordati da Lucas-Championnière; ad 8 cent. dà generalmente risultati assai buoni, a 6 $^1/_2$ ed al disotto dà risultati deplorevoli, anche in mano ad operatori assai sperimentati. In quattro casi di tal genere ebbi 3 morti; ed eguali risultati ebbero Depaul e Tarnier: tali risultati non ammettono discussione e Lucas-Championnière fece bene a ricordarli.

Io farò un' altra osservazione: il grado minimo di stenosi che permetta la cefalotrissia è segnato nella pratica da due cifre, l'una per i chirurghi abituati a tale operazione, l'altra per que' pratici che non sono specialisti. Tale idea fu con ragione riprodotta dal signor Lucas: per questi ultimi la cefalotrissia dà sfavorevoli risultati a 7 cent. a 6 $^1/_2$; il limite inferiore per mani specialmente addestrate può essere portato a 4 cent.

Nel rapporto del sig. Lucas si vede una certa tendenza di mettere a lato della cefalotrissia un altro atto operativo.

L'operazione di Porro preconizzata 5 o 6 anni fa, diede dapprima numerosi felici risultati; ma da un certo tempo tali risultati sembrano meno favorevoli, e sembra che l'atto operativo sia caduto al-

quanto in isfavore. In base a ciò il signor Lucas è disposto a far ritorno al taglio cesareo.

È ancor questa l'opinione che io pubblicai nel 1870. Altre volte il taglio classico dava una mortalità considerevole, ma dati i progressi della chirurgia addominale, è certo che i risultati sfavorevoli potrebbero essere migliorati.

In altri tempi si faceva ampia incisione alla parete addominale, ed altra non meno ampia all'utero; il sangue bagnava l'operatore e cadeva nel cavo peritoneale, si estraeva rapidamente il feto e si chiudeva il ventre senza badare al peritoneo.

Nel 1870 io proposi alcuni perfezionamenti che sventuratamente mancano ancora del battesimo pratico: io dicea che era mestieri lo impedire la caduta anche di una goccia di liquido nel cavo peritoneale, e di procurare, per così dire, di far l'atto operativo fuori del ventre.

Müller si ricordò di tale proposta quando immaginò il suo processo, ma per seguirlo è necessario fare alla parete addominale una incisione enorme; ora io invece credo che questa incisione debba esser brevissima.

Per ottenere ciò io proposi che subito dopo praticata la incisione delle pareti, si passi un filo tirando sul quale possa portarsi fuori l'utero, preventivamente svuotato del liquido amniotico in seguito alla sua puntura con un trequarti; io credo che nel caso del signor Guichard si sarebbe così praticato il taglio con qualche probabilità di favorevole successo perchè così si evita la peritonite, o almeno si diminuiscono le probabilità che quella si svolga.

Altra causa di morte è la emorragia: si comprende che era più frequente quando l'utero veniva spaccato dal fondo fino al collo; tali incisioni sono troppo lunghe: la versione vien praticata attraverso il collo molto più ristretto; supponendo d'altronde che il feto abbia a soffrire riescirà sempre facile il rianimarlo.

Tali idee io formulava nel 1870. La mia conclusione principale è che l'operazione di Porro sia alquanto scaduta nella opinione dei chirurghi. Se essa è insufficiente e la cefalotrossia impossibile o troppo pericolosa, è mestieri ricorrere al taglio cesareo, ma studiato, modificato a seconda delle regole della moderna chirurgia addominale e particolarmente della ovariotomia. Tra le circostanze che favoriscono la guarigione delle operate di taglio cesareo è necessario mettere in prima linea quelle che facilitano le adesioni dell'utero alla parete addominale.

Lucas-Championnière condivide interamente l'opinione del signor Gueniot relativamente ai differenti risultati della cefalotrissia a seconda dell'operatore. Il limite inferiore scelto dal Gueniot, 4 cent. a lui sembra troppo basso: a 6 cent. è già necessario che l'operatore sia abilissimo ed assai sperimentato.

Il taglio cesareo, al contrario, diede notevoli esiti felici anche nelle mani di medici addetti al servizio dei campagnoli e pochissimo sperimentati nella materia. — Un medico della campagna raccontava al sig. Lucas che trovandosi presso ad una donna che non poteva espellere il feto, questa gli disse: « apritemi il ventre, voi l'avrete. » Seguì il consiglio ed aperse ventre ed utero con un rasojo. Il feto fu estratto vivo, la madre guarì. L'operazione di Porro è più difficile in causa della formazione del peduncolo; si può adunque ritornare al taglio cesareo modificato a seconda dei principii del metodo antisettico. La caduta di un po' di liquido amniotico nel cavo peritoneale può non avere quella grande importanza che teme il signor Gueniot. — Una cosa importante, è quella di praticare l'apertura addominale il più alto che sia possibile onde allontanarsi dalla vulva che è un focolaio di infezione.

(*Gazette des Hopitaux*, N. 56-59-61, 1882).

NEGRI.

Herrgott. — Opération de Porro (opération césarienne suivie d'extirpation de la matrice) — *Archives de Tocologie* — Dicembre 1881 (1).

Gravida di anni 28, mestruata la prima volta a 15 anni, sempre regolarmente; ultima mestruazione il 6 dicembre 1879.

Esame della pelvi: fra le spine cent. 24, fra le creste cent. 24, fra i due trocanteri cent. 26, diametro di Bandelocque cent. 14.5, conjugata diagonale mill. 75, coniugata vera valutata a mill. 65. — Presentazione del vertice: viene accolta alla Maternità di Nancy il 23 settembre 1880 a travaglio di parto iniziantesi.

---

(1) Il titolo esatto è il seguente: *Ovariotomie et opération de Porro.* Siccome noi non parleremo della osservazione di ovariotomia, così fummo costretti ad ommettere la parola ovariotomie.

Il 24 settembre il travaglio è francamente avviato; alle 9 ant. si provoca un consulto ed alle 11 ant. si passa all' atto operativo. Antisepsi listeriana — cloronarcosi, rottura delle membrane per la vagina. Taglio delle pareti addominali sulla linea alba; estrazione dell'utero integro attraverso la incisione praticata, tirando sul corno sinistro; costrizione del segmento inferiore uterino a mezzo di una cordicella montata sopra un serranodi; — ampia incisione della parete anteriore e del fondo uterino; poca perdita di sangue; rapida estrazione del feto: l' operatore attraversa poi il cono cervicale con un ago e sotto questo passa una nuova ansa di filo che stringe poi con il serranodi. Ottenuta conveniente costrizione amputa l'utero, le ovaja e le trombe; non si nota perdita di sangue. Il peduncolo fissato nell'angolo inferiore resta ancor unito al serranodi che viene collocato parallelamente alla piega inguinale destra.

Morte in 4ª giornata per peritonite. L'autopsia mostrò che il serranodi faceva presa un po' al disotto della parte mediana del collo uterino. L'ansa presentava un diametro di 18 millimetri. La viziatura pelvica confermava la diagnosi portata prima dell'atto operativo.

NEGRI.

Guichard. — Opération césarienne suivant le procédé de Porro, chez une malade présentant une cyphose dorsale avec rétrécissement transversal du détroit inférieur et tout le bassin oblique ovalaire, pratiquée le 22 mai 1881. — *Annales de Gynécologie*, (Mai 1882).

Il lettore troverà in questo stesso numero la discussione originatasi in grembo alla Società di Chirurgia di Parigi, a proposito della comunicazione di questa osservazione. Riporteremo qui qualcuno dei particolari, che inevitabilmente doveano esser trascurati nei rendiconti delle sedute della Società.

L'A. vide la gravida per la prima volta il 1° gennaio 1881: allora la gravidanza era nel 5° mese: la viziatura pelvica consecutiva alla marcatissima cifosi era assai forte allo stretto inferiore: il diametro bisischiatico venne infatti valutato da 35 a 40 millimetri; si nota

inoltre che le due tuberosità non sono poste sul medesimo piano; la destra è più elevata di quello che non sia la sinistra. La punta del coccige è cacciata all' avanti e verso sinistra. Provocato subito un consulto la maggioranza decise di lasciar decorrere la gravidanza a termine, per praticare allora la sezione cesarea. D'altra parte, è necessario tenerne conto, la donna respingeva qualsiasi atto operativo ledente il suo bambino.

L'atto operativo fu praticato il 22 maggio. Antisepsi rigorosa — cloronarcosi. Seguendo i consigli di Lucas-Championnière l'incisione delle pareti addominali s'arrestò a cinque dita trasverse dal margine superiore della sinfisi del pube. Nell' incisione dell' utero l' operatore seguì la proposta di Tarnier: praticò cioè una incisione superficiale lunga da 5 a 6 centim. interessante il peritoneo ed i fasci muscolari superficiali completando l'apertura mediante l' indice e non determinando così perdita di sangue — la ferita fu poi ampliata in alto ed in basso con robuste forbici.

Il feto fu estratto per i piedi: dopo il feto, che subito vagì, fu estratta la placenta che era inserita sul segmento inferiore.

Estratto l'utero si passò sopra esso un tubo di gomma per impedire provvisoriamente qualsiasi perdita di sangue.

Indi attraversò l'utero dall' innanzi all' indietro con un robusto ago formato dall'unione di due fili di ferro; attraversato il cono uterino, recisa la punta-ago, furono armati coi due fili così collocati in posto due costrittori di Cintrat; ciascun filo venne a trovarsi sotto l'ovajo corrispondente. Successivamente si praticò l' amputazione dell'utero; la parte asportata pesava grm. 500. Sutura delle pareti, fissazione del peduncolo all' angolo inferiore preventivamente trafitto da due aghi in croce, onde prevenire il pericolo di un rientramento.

Qualche ora dopo l'atto operativo si notò emorragia dal peduncolo che viene vinta in modo completo mediante un laccio elastico passato al disotto delle anse metalliche.

Durante il puerperio s'ebbe a notare dispnea, urine scure nerastre, meteorismo: contro la dispnea che trovava ragione nel fortissimo meteorismo si passò ripetutamente alla puntura dello stomaco e delle anse intestinali.

Nonostante ogni cura l'operata cessava di vivere alle 11 $1/2$ pom. del 24 maggio.

Autopsia fatta il 26 maggio — nessuna traccia di peritonite: la porzione di peduncolo intra-addominale era lungo cent. 7. 5, la parte compresa nello spessore delle pareti addominali centim. 1, comples-

sivamente adunque 8 centim. e mezzo dall' ansa di filo di ferro alla bocca uterina.

La pelvi offerse il seguente reperto:

Stretto superiore:

Diametro	ant.-post.	10 c.
»	trasverso	10 c.
»	obliquo sinistro . . .	12 c.
»	» destro	8 c

Stretto inferiore:

Fra le tuberosità sciatiche . . .	5 c.
Diametro biischiatico	4 c.
Fra le branche discendenti del pube	4 c.

Sinfisi del pube:

Altezza	c. 3. 5

Il bacino è asimmetrico; il pube spinto a sinistra, il sacro a destra: la preparazione a secco del bacino mostrò una sinostosi della sinfisi sacro-iliaca destra, atrofia della metà laterale destra del sacro, sinostosi del sacro con l'ultima vertebra lombare, sinostosi di tutte le vertebre lombari tra loro, e della prima lombare con la fusione dei corpi vertebrali nelle sette ultime dorsali. NEGRI.

Dozzi. — Storia di una amputazione utero-ovarica per ristrettezza pelvica. — *Gazzetta Medica Italiana, Prov. Ven.*, N. 22, 3 giugno 1882.

R... T..., di anni 28, pigmea, pellagrosa del peso di 33 chilogr., alta cent. 79, fu veduta dall'A. verso il termine della sua prima gravidanza. La forma del ventre era a bisaccia e copriva il pube e le parti genitali esterne. La pelvimetria esterna diede il seguente risultato:

Diametro retto sup. est. . .	cent.	14. 1
» » inf.	»	9. 3
Bischiatico	»	7.
Bitrocanterico	»	18.
Obliquo destro	»	17.
» sinistro	»	16. 3
Biiliaco	»	20.

L'A. non parla della pelvimetria interna, e neppur accenna al responso del riscontro digito-vaginale.

Il giorno 9 marzo 1882 incominciò il travaglio: nella notte dal 9 al 10 si ruppero le membrane: verso le 3 pom. si fece procidente una lunga ansa di cordone, della quale inutilmente l'A. tentò la riduzione. Ciononostante l'A. non passò all'atto operativo che alle 5 pom. aspettando nel frattempo l'arrivo di alcuni colleghi da lui chiamati.

Taglio delle pareti addominali sulla linea mediana: incisione dell'utero per un tratto di 9 cent., estrazione di un feto ancor vivo, ma che cessava di vivere ancor durante l'atto operativo.

Durante l'atto operativo si ebbe a notare protrusione di anse intestinali dalla apertura addominale, versamento abbondante di sangue nel cavo peritoneale. Per riparare al primo accidente si praticò la sutura del 3° superiore della ferita addominale, indi si stirò all'infuori l'utero, si passò sul collo e su porzione delle ovaje un grosso cordoncino fenicato, strozzando il tutto con parecchi giri di esso, indi amputazione utero-ovarica; il moncone perfettamente anemico, fu fissato nell'angolo inferiore della parete addominale.

Ventiquattro ore dopo la operata moriva.

L'autopsia praticata 30 ore dopo, mostrava dei grumi sanguigni piccoli ed inodori nella fossa del Douglas (il volume complessivo era quello di una noce). Già iniziata la mortificazione della porzione di peduncolo soprastante al laccio. Vescica affatto normale. Nessuna lesione peritoneale.

L'A. concorde in ciò coi colleghi Giacomini e Prosdocimi, attribuisce la morte dell'operata all'esaurimento nervoso consecutivo all'atto operativo.

Il feto estratto pesante gr. 3400 era lungo cent. 50 con un biparietale di mill. 93. NEGRI.

Zweifel. — Zur discussion über Porro's Methode des Kaiserschnittes (Contributo alla discussione del taglio cesareo col metodo Porro). *Archiv. f. Gynaekologie*, XVII B. 3 H. 1881.

In questo lavoro oltre una osservazione di taglio cesareo classico, sono riportate altresì due osservazioni di taglio cesareo col metodo Porro.

Osservazione 1ª. — L'operazione venne eseguita il 31 luglio 1880, in causa di fibroma uterino immobile che riempiva in modo completo la piccola pelvi. L'atto operativo venne circondato colle più severe misure antisettiche. Processo di Müller, divisione del peduncolo in due mediante grosso e doppio filo di seta. Morte in 5ª giornata. — Non permessa l'autopsia. — Il bambino era stato estratto vivo.

Osservazione 2ª. — Bacino gravemente viziato, scoliotico. CD. 75. Operazione il 21 gennaio 1881, ad acque già colate al mattino ed a travaglio iniziato da due giorni con procidenza del cordone. Estratto l'utero dal cavo addominale venne collocato un tubo di gomma attorno alla cervice, ma si aspettò a stringerlo dopo l' apertura dell' utero e l'estrazione del feto, il quale però venne morto alla luce: al disopra del tubo di gomma esercitò una costrizione mediante il doppio filo metallico di Koeberle, e al disopra venne collocato un bastoncino per impedire l'affondamento. Morte in 3ª giornata. All'autopsia peritonite purulenta, pielonefrite purulenta a sinistra, probabilmente di vecchia data, stenosi della mitrale. MANGIAGALLI.

Bayer. — Ein Kaiserschnitt nach Porro mit Erfolg für Mutter und kind bei einem osteomalacischen Becken. (Un taglio cesareo col metodo Porro, con felice successo per la madre e per il bambino per stenosi pelvica da osteomalacia) — *Archiv. f. Gynaekologie*, XVIII, Bol. 36 H.

Venne operato il 4 maggio 1881 da Fehling nella Scuola ostetrica per le levatrici in Stuttgart, nella nebbia carbolica: venne adottato

il processo di Müller. Per la costrizione permanente venne adoperata la catena dell'écraseur Péan-Billroth; il moncone venne trafitto con un ago al disopra della catena. La superficie del moncone toccata col termo-cauterio di Paquelin, indi ricoperta col cotone al cloruro di zinco al 4 per cento. MANGIAGALLI.

Grigg. — Porro's opération. (Operazione di Porro) — *British Médical Journal*, dicembre 1881.

Una paziente, di anni 36, nel nono mese di gravidanza, che era da 16 ore in travaglio, venne ammessa nel Queen Charlotte's Lying in Hospital, alle ore 10. 20 pom. del 10 dicembre. Rachitismo gravissimo. C. V. un pollice e mezzo: bocca dell' utero offrente il diametro di uno scellino. Fu estratto un bambino vivo. La donna procedette bene nelle prime 24 ore, dopo le quali morì improvvisamente.

L'autopsia rilevò una incipiente peritonite, ma nulla che desse ragione del subito collasso. MANGIAGALLI.

Ignazio Cataliotti. — Amputazione dell'utero e dell'ovaja in seguito al parto cesareo, unico esempio nella scienza chirurgica per le gravi complicazioni del fibromioma e dell' idrope-ascite, con esito felicissimo eseguita per la prima volta in Sicilia. — Palermo, Stamperia Militare, 1882.

Nell'ottobre 1879 l'A. vide certa E... M... d'anni 40 circa che da anni andava soggetta a disturbi mestruali con ricorrenti emottisi che refrattarie a qualsiasi cura, si arrestavano sempre nel 2° giorno del periodo mestruale. Aveva pure contemporaneamente notata la presenza di un tumore nel ventre. All'esame addominale si riscontrava un tumore in gran parte sulla linea mediana sorpassante il bellico, ed estendentesi superiormente a destra con una grande lobulazione

verso la regione epatica. Era duro, irregolare di forma, poco mobile; lo stato generale della donna deteriorato in causa delle continue sofferenze. In seguito a tale reperto l'autore sconsigliava all'ammalata il matrimonio, ma il consiglio non fu osservato, e nel febbraio 1880 la M... passava a marito e dopo aver avuta una sola funzione catameniale rimase gravida. Gravissimi si fecero i disturbi dal 3° al 7° mese. A quest' epoca l'A. pensava al parto prematuro ma dovette subito rinunciarvi poichè il dito a poca distanza dall' ostio vulvare incontrava un grosso tumore, duro, immobile tanto da far sospettare che sorgesse dall' ischio destro.

Della vagina non rimaneva che un lieve spiraglio a sinistra e là a stento si poteva rinvenire allungato e ripiegato il collo uterino. — Udito anche il parere di non pochi colleghi si decise di attendere il lavorio spontaneo del parto, e passare subito all' operazione cesarea *lasciando il resto o meglio tutto quello che si fosse presentato dopo l'apertura dell'addome, alle indicazioni che il fatto patologico avrebbe potuto consigliare.* Due giorni dopo il travaglio s'iniziò ed il 28 ottobre all'una e mezza pom. passò all'atto operativo. Cloronarcosi, incisione di 12 cent. sulla linea alba: all' apertura del peritoneo sgorgò abbondante quantità di liquido ascitico; incisione uterina ed estrazione del feto vivente; secondamento. Introdotta allora la mano destra nel cavo addominale potè stabilire che il tumore partiva dall'utero; tale massa informe avea scarse e poco tenaci aderenze; le più forti furono quelle col fegato; facilmente potè portare all'esterno quel lobo di tumore che profondamente impegnandosi nello scavo pelvico avea fatto supporre la sua possibile inserzione all'ileo sinistro. A far uscire però la massa fu mestieri ingrandire alquanto l'apertura addominale. Collocazione di un filo di ferro, costrizione con serranodi ed altra legatura inferiore con catgut. Amputazione dell'utero e delle ovaja, pulizia del peritoneo, fissazione del peduncolo nell' angolo inferiore, sutura delle pareti.

Durata complessiva dell'atto operativo ore una e mezza.

La guarigione completa non si ottenne che alla fine del terzo mese. Il bambino estratto vivente continuò a vivere: il tumore esportato, riconosciuto al microscopio per un fibro-mioma, pesava chilogr. 5.

NEGRI.

Prof. Dott. DOMENICO CHIARA Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Volume IV. Agosto 1882 N. 8.

ANNALI
DI
OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

ESPORTAZIONE DELL'UTERO DALLA VAGINA

NARRAZIONE DI UN CASO SEGUITO DA DECESSO

E STUDII SULLA OPERAZIONE

del Prof. **G. CALDERINI**

Direttore del R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Parma

I.

NARRAZIONE. — Anamnesi — Diagnosi — Operazione, fenomeni successivi, cura consecutiva, esito — Reperto necroscopico — Causa del decesso — Esame dell'utero esportato.

In uno de' miei viaggi all'estero, intrapresi allo scopo di toccare da vicino i progressi della ginecologia, mi accadde di essere presente a una esportazione totale dell'utero dalla vagina eseguita da un rinomatissimo operatore. La donna operata aveva un epitelioma del collo uterino ed era gravida. L'operazione sebbene condotta colla massima abilità operativa, mi lasciò non buona impressione: fu ferita e cucita la vescica, fu difficile il capitombolo dell'utero pel volume del corpo che si ruppe nelle tirate, fors'anco, e dico forse perchè non ho potuto accertarmene abbastanza, fu ferito l'uretere. Venni via colla persuasione che io non avrei voluto ripetere quella sorta di operazioni e che avrei solo fatta la amputazione sopravaginale del collo dell'utero nei casi di neoplasia limitata al collo medesimo e per quest'ultima operazione mi era munito degli strumenti necessarii e mi sono dato al ritorno a fare prove sperimentali sul cadavere.

Ma i proponimenti possono o debbono variare secondo le circostanze ed io mi trovai di fronte ad un caso clinico che mi si impose reclamando appunto la operazione per la quale mi sentiva così poco propenso.

Ed ecco la genuina esposizione del fatto, che viene affrettata-

mente pubblicato appunto perchè il successo fu infausto e per giustificare quindi, più prestamente, presso a' miei Colleghi, l'ardita impresa alla quale mi sono accinto, con speranza di miglior successo.

Anamnesi. — Diagnosi.

Alla *policlinica ginecologica* dell'Istituto ostetrico da me diretto, nel g orno 10 aprile u. s. si presentò Pelati Fortunata, d'anni 38, narrando che fu maritata ed ebbe 4 parti; abitualmente leucorroica, cominciò dai primi di marzo a soffrire senso di stiramento doloroso all'ipogastrio, perdite sanguigne e perdite di liquido analogo a lavatura di carne. Colla esplorazione si sentì il collo spostato alquanto all'indietro, grosso, ulcerato; introdotto il dito nel canale cervicale si sentiva il tessuto lacerarsi per estrema friabilità; il fondo dell'utero giungeva a livello del margine superiore del pube, il corpo era dolente, poco mobile e premendo il fornice vaginale anteriore sentivasi la parte anteriore dell'utero resistente e si destava dolore. La perdita, prima dell'esame analoga a lavatura di carne, si fece tosto sanguigna. Per riguardi alla paziente non si fece ulteriore esame: applicato lo speculum Sims per fare una irrigazione vaginale e porre un tampone con glicerina e iodoformio si scorse l'aspetto lardaceo della piaga, sentita col dito sul collo, e si scrisse nel registro: Epitelioma (?), con punto dubitativo, perchè se non rimase dubbio sulla esistenza di una neoplasia che clinicamente suolsi dire maligna, non era sicuro il diagnostico della natura della neoplasia, senza esame istologico.

Si invitò la donna a tornare alla policlinica tra pochi giorni. Tornò appunto addì 15 aprile lamentandosi di dolori lancinanti nell'utero, che si dirigevano alla regione lombare. Avuto sentore da questo che la neoplasia si diffondeva e che per essere il male di data relativamente recente si poteva intraprendere qualche cura in favore della donna e pensando che questa non poteva farsi bene se non nell'istituto si propose alla paziente di volervi entrare per tutte le cure che si sarebbero giudicate del caso. La proposta fu accettata con riconoscenza e la donna due giorni dopo era accolta nell'istituto nel compartimento ginecologico (1).

---

(1) Questo compartimento è aperto già da due anni per accordo avvenuto fra lo scrivente e l'Amministrazione degli Ospizii Civili e da altrettanto tempo funziona la

Nel dì seguente alla ammissione si procedette all' interrogatorio e si raccolsero i seguenti particolari anamnestici. Ha 38 anni; la prima menstruazione apparve a 14 anni; le menstruazioni successive furono sempre un po' irregolari nel periodo di ritorno, duravano non più di 2-3 giorni. È vedova da 12 anni, ebbe quattro gravidanze; la prima fu portata a termine; il parto avvenne nell'anno 1861, e fu normale, così pure il puerperio; non allattò. La seconda gravidanza finì con parto prematuro spontaneo, feto morto appena nato, puerperio normale; non allattò; la terza ebbe termine con parto prematuro per morte del feto in gravidanza, il parto fu podalico, puerperio normale; la quarta andò a termine, il bambino nacque vivo, ma morì 12 giorni dopo; parto, puerperio normali; allattò per pochi giorni. L'ultimo parto avvenne 16 anni or sono, attualmente non ha più alcun figlio vivente, nè padre nè madre; quegli morì a 60 anni questa a 39 e al dire della paziente per scirro in ambo le mammelle e cancro della vescica; finì miseramente senza cura non avendo accettato la proposta della estirpazione dei tumori delle mammelle statole messa innanzi da un chirurgo dell'ospedale.

La paziente aggiunge alla narrazione fatta che 9 anni fa, dopo un coito, provò vive sofferenze alla regione ipogastrica e che 6 anni fa chiamò il medico per vivi dolori all'ipogastrio, che cessarono dopo alcuni giorni. Ai primi di marzo dell'anno corrente cominciò a perdere sangue, e la perdita continua tuttora, sebbene scarsa; lascia nelle biancherie macchie simili a quelle di lavatura di carne. Da quel tempo la donna cominciò ad impensierirsi e sospettare di essere affetta dai primordii della medesima malattia che trasse a miseranda fine la propria madre; fu per questo che ricorse alla policlinica il giorno 10 aprile, vi tornò il giorno 15 e fu accolta il 17 nell'istituto.

Addì 20 aprile, col cucchiajo del Simon si tolsero dal canal cervicale pezzi di neoplasia che messi in glicerina pura furono man-

---

policlinica. Ma la Clinica ginecologica, voluta dal Regolamento 28 ottobre 1881, non sarà aperta se non quando il Ministero abbia aumentato il personale (Aiuto oltre all'Assistente) a norma del detto Regolamento ed il Consorzio Universitario, oltre alla somma già concessa per diaria di partorienti maritate conceda una somma per diaria di ammalate spettanti alla ginecologia. Non occorre altro perchè la Clinica ginecologica qui possa essere aperta pel prossimo novembre con grande beneficio delle ammalate, perchè saranno diffusi ai medici i progressi di questo importantissimo ramo dell'arte salutare.

dati all' amico V. Colomiatti prof. di anatomia patologica nella Università di Torino, il quale avendo pubblicato un lavoro sul risultato di sezioni fatte in soggetti operati di esportazioni di utero per cancro, pose in avvertenza gli operatori sul momento opportuno dell' intervento avuto riguardo alla questione gravissima della recidiva. Egli rispose gentilmente al mio invito ed addì 28 mi notificò, pur facendo prudenti riserve per la poca porzione di tumore mandatagli per l'esame, che *la neoplasia aveva tutte le apparenze di un mixo-sarcoma.*

Nello stesso giorno (28 aprile) si rinnova l' esame ginecologico per stabilire definitivamente una linea di condotta e si trova il collo di molto ingrossato, la superficie ulcerata tomentosa e sparsa di villosità papillari e sanguinanti facilmente, continuo lo scolo analogo a lavatura di carne e persistente la dolentezza alla pressione sulla parte anteriore dell' utero e sul fondo. Per la via del retto non si sente alcuna infiltrazione nei parametrii e nessuna ghiandola, la vagina, per quanto è possibile vedere attorno al collo, è sana.

Si passa nel dì seguente ad un esame generale e si rileva quanto segue: organi dei sensi normali; cute un po' floscia con tinta terrea particolarmente al viso (lavandaja); nell' insieme confessa la donna di essere decaduta dalla passata floridezza. Lingua patinosa, denti coperti da incrostazioni calcari, gengive sanguinanti, alito fetido, stomaco disteso, soffre dispepsie, gastralgie, flatulenze; alvo ben regolato; fegato normale. Murmore vescicolo-polmonare normale, risonanza toracica normale. Toni cardiaci normali, alquanto accentuato il secondo tono sulla polmonale, nessuna traccia di ateroma delle arterie. Nella mammella destra trovasi una parte di ghiandola indurita, ma non ben distinta dal rimanente; alla ispezione non si scorgono differenze rispetto all' altra mammella e l'indurimento è di data antica, risale ad un allattamento cominciato e sospeso; nessun ingorgo ghiandolare sotto l'ascella.

In base ai reperti suesposti ed alla diagnosi di *sarcoma ancora limitato all'utero in soggetto avente precedenti gentilizii* e nella ragionevole supposizione che nel giro di pochi mesi la vita della paziente sarebbe stata gravemente attristata e compromessa dalla infettante neoplasia e col proposito deliberato di preparare il tutto nel miglior modo per la più probabile buona riuscita della operazione, nell' interesse della paziente fu decisa *la esportazione dell'utero ammalato per la via della vagina.*

Non è mestieri ch'io aggiunga che per la gravità della impresa richiesi il parere autorevolissimo di un Collega di altra Università, che per motivo di salute non potè poi trovarsi presente alla operazione.

Decisa la operazione e dovendo, per assicurar meglio la riuscita, farla alla presenza del solo personale necessario per l'aiuto, e volendo tuttavia non defraudare del tutto la scolaresca della occasione di apprendere e desiderando nel tempo stesso di render conto di tutto ad un pubblico intelligente, qualunque fosse stato per essere l'esito del soccorso che l'arte si accingeva con tutta coscienza e ponderazione ad apprestare, presentai in giorno di Clinica la malata agli studenti di 5° e 6° anno di medicina, i quali si sono tutti convinti del tristo avvenire che sovrastava alla infelice paziente per la natura speciale della malattia. Ciascuno si convinse poi ancora della convenienza che l'arte non rimanesse impassibile spettatrice dei progressi del male, tanto più che il medesimo era ancora localizzato ad un solo viscere reso per malattia non più utile, anzi minaccioso per tutto il resto dell'organismo e per la esistenza.

Decisa l'esportazione dell'utero si andò man mano preparando la donna col riordinarne le funzioni digerenti, col migliorare la nutrizione e col metterle innanzi poco a poco la convenienza di ricorrere ad un rimedio radicale anzichè a palliativi che avrebbero servito di eccitamento a più rapida diffusione del male. Frattanto si avvicinava l'epoca mestrua che si voleva lasciar passare e comparve la mestruazione addì 1° maggio che si sospese ai 3 e fu scarsa. Trascorsi sette giorni dalla cessazione dei mestrui, e cioè il 10 maggio, si rifece un esame ginecologico il quale doveva servire di base per la proposta definitiva della operazione alla donna e di principio alla preparazione della medesima alla operazione e si fu sorpresi nel trovare, oltre all'allargamento ed al maggiore lussureggiamento della piaga del collo, la esistenza di un'ulcera della natura stessa, però assai superficiale, sul fornice vaginale posteriore e così scesa in basso, che il collo non riesciva più col suo labbro posteriore a coprirla, come forse era avvenuto durante gli esami antecedenti. Si ripetè allora l'esame per la via del retto e si constatò essere liberi ancora i parametri; si fece l'esame col catetere in vescica e si trovò essere alquanto adeso più del normale, ma non troppo fittamente, l'utero alla vescica; si esperì l'abbassamento dell'utero tirandovi su coll'un-

cino acuto molto ricurvo di Bozmann e si constatò che non era impedito affatto, ma alquanto limitato. Avuto riguardo alla natura della neoplasia, che rende assai friabile la parete uterina, si evitò a bello studio di usare la sonda potendosi constatare il volume ell' utero e la lunghezza maggiore del normale anche col solo esame combinato, e, per essere la vagina dilatabile sufficientemente, avendo la donna partorito più volte, si fece a meno della dilatazione coi dilatatori di Bozman che acquistai in Vienna per le operazioni di fistole urinarie in soggetti che presentano notevole restringimento della vagina specialmente se cicatriziale.

Cominciando da questo giorno si modificò il vitto della paziente per modo che, sospesi i legumi e diminuito il pane, la parte principale di esso fosse rappresentato da carni bianche. Giornalmente si fece una abbondante irrigazione vaginale con acqua fenicata al 2 ½ %. A giorni alterni furono dati tre bagni generali, e sabato sera, avendo la donna accettato il partito della ablazione del viscere ammalato, le fu amministrato un purgante che produsse abbondante effetto e di poi un gramma di sottonitrato di bismuto in due riprese.

I preparativi per l'operazione furono i seguenti: fu imbiancata la camera da operazione e lavato fu il pavimento con acqua fenica, fu preparato un letto in ferro, nuovo, nella camera stessa per mantenervi la donna durante la cura successiva; tavolo da operazioni (di Langenbeck, modificato dal prof. Bassini e da me per la parte ginecologica ed eseguito dal bravo costruttore Gozzi di Parma), sebbene di recente costrutto, ripulito, così il poco mobilio; nella sera antecedente alla operazione si fece agire un grosso polverizzatore a vapore a due becchi con acqua fenica 1 ½ %. Le vestimenta e la biancheria della paziente, tutta roba nuova, mandata al forno per subire alta temperatura e per averla calda pel momento della operazione, colla biancheria: corpetti, fascie, addominali e calze lunghe di lana, capi pure nuovi. Tutto questo ed insieme la biancheria e i pochi abiti che furono indossati dal personale che assistette alla operazione subirono i vapori di zolfo per 24 ore in camera ermeticamente chiusa. Gli strumenti in parte nuovi (di Windler di Berlino, di Leiter di Vienna, di Walter-Biondetti di Basilea, di Kümmerle di Freiburg (Baden), di Lollini di Bologna, furono fatti bollire nell' acqua, fatta eccezione degli scalpelli e degli strumenti a manico di legno, puliti tutti col tripoli, coll' alcool e conservati

nella garza fenica, e nel momento della operazione, posti in recipiente di zinco e immersi nell'acqua fenica al 5 %. Nella stessa acqua messi i fili per legatura e cucitura. I mezzi di medicazione provvisti dalla fabbrica di Schiaffusa per il caso speciale. Tutto il personale preparato con bagno generale preso poco prima della operazione e con disinfezione della bocca col permanganato di potassa e colla disinfezione delle mani e delle braccia scoperte, con acqua fenica 5 %. Il vestiario ridotto a poco più della biancheria. La camera lasciata aperta il dì prima nelle ore di sole (esposta a sud-ovest e ampia) e scaldata poi di buon mattino colla stufa a legna fino ad avere oltre a 20°. Le soluzioni feniche 1 ½ - 2 ½ - 5 - 10 % e di acido borico 4 % e di thymol 30 % preparate tutte con acqua distillata.

Operazione.

14 maggio ore 9 ant. — La donna vestita di nuovo e specialmente coperta di lana e tenuta a digiuno fu collocata sul tavolo da operazioni di contro ad una finestra, legati i piedi ai pedali, legate le ginocchia alle stampelle, legate le mani penzoloni sotto al tavolo con cinghie adatte.

La cloroformizzazione fatta con maschera e sgocciolatojo (Gilardoni di Pavia) preceduta da una injezione ipodermica di 1 cent. di cloridrato di morfina e con buonissimo cloroformio provvisto dalla farmacia dello Spedal Civile, fu eseguita dal sig. dott. Guido Musiari e, condotta abilmente per circa 4 ore, non diede luogo ad alcun accidente. Gli studenti del 6° corso signori Merelli e Ponzo tenevano divaricate le parti, il primo stando a destra e tirando in basso la parte posteriore della vagina con uno speculum largo e corto (da me fatto costrurre dal sig. Bordini di Parma un po' sul modello di quello di Fritsch) e divaricando la parte destra con una spatola di Simon, il secondo divaricando con altra spatola eguale il lato sinistro e con una terza sollevando la parete anteriore e tenendo nel tempo stesso il tubo per la irrigazione continua, messo in comunicazione con un secchio di latta sospeso ad una colonna di legno. Il sig. dott. Ettore Truzzi, assistente dell'istituto stava alla mia destra per porgere gli strumenti, l'allievo interno sig. Sormani studente del 5° corso a sinistra per far agire a tempo debito il polverizzatore e per tenere a tempo opportuno la presa sul collo e sul fondo dell'utero. La

levatrice maestra porgeva le acque per la ripetuta disinfezione delle mani, lavava gli strumenti usati per passarli poi di nuovo al medico assistente; la levatrice assistente sorvegliava l'irrigatore continuo e porgeva il temporaneo, una servente accudiva alla stufa ed all'allontanamento delle acque sporche.

Sedutomi a conveniente altezza innanzi alla paziente e fatto il cateterismo vescicale ed applicato uno speculum Simon ed i divaricatori, cominciai dalla *disinfezione della vagina* mediante irrigazione abbondante di acqua fenica 5 % e contemporaneo movimento di stantuffo con grossi fiocchi di cotone idrofilo. Quindi uncinato l'utero con uncino acuto molto curvo di Bozmann raspai il canal cervicale con un cucchiajo di Simon tutto attorno e le parti esportate misi in glicerina per ulteriore esame microscopico. Frenai la poca emorragia e mummificai il tessuto rimasto col cotone preparato al percloruro della fabbrica di Schiaffusa e feci altra irrigazione abbondante seguìta da asciugamento col cotone, poi afferrai il labbro anteriore del collo dell'utero col forcipe a uncini munito di fermaglio e tolsi l'uncino acuto curvo, sostituii allo speculum Simon quello da me fatto costrurre e trassi in basso il collo. Afferrai il labbro posteriore con altro forcipe a uncino e tirato ancora un po' in basso il collo, senza potere condurlo fino ai genitali esterni, praticai come primo atto dell'operazione propriamente detta una *incisione* distante circa due centimetri dall'orlo del labbro anteriore e cominciando dai fianchi del collo nel fornice vaginale laterale destro e prolungandola sul labbro anteriore fino alla metà del fornice vaginale laterale sinistro. Bastò un solo tratto di coltello per intaccare la mucosa a tutto spessore e fare tutto il taglio; due piccole arterie che davano zampillo, furono strette con due pinze Kocher-Pean. Smesso il coltello, che non fu più ripreso, colla sonda cominciai *la dissezione* rasente al collo dell'utero, proseguìta poi colle dita e portata non solo in alto sul davanti dell'utero, ma anche ai lati sui fianchi del collo. Ad un punto il tessuto uterino era così friabile che per stare ad esso troppo rasente, quasi il dito penetrava nel canal cervicale; più in su penetrò di fatto per piccola breccia nella cavità uterina, del che mi convinsi col cateterismo dell'utero; ripresa la via tra la vescica e l'utero, giunsi al peritoneo e lo staccai per quanto più alto potei e fatto precedere il cateterismo vescicale ed il doppio esame e lavate conseguentemente per bene le mani, venni alla *apertura del peritono;* per questo feci alzare

un po' più il bacino della donna (cosa facile col tavolo da operazione anzidetto), protessi la vescica con una larga sonda a doppia curva avente forma di doppia spatola (che vidi usare da Müller a Berna per aprire il peritoneo nelle laparotomie), afferrai il peritoneo con lunghe pinze di Bozmann con fermaglio e incisi tra la pinza e l' utero il primo strato sottoperitoneale e venuto in vista lo strato interno l'afferrai e, nel modo istesso, lo incisi, allora potei penetrare col dito nel cavo peritoneale; *allargai* la breccia colle dita e fatto rallentare la trazione sul collo e tolto il forcipe a uncino che afferrava il labbro posteriore e sospinto coll' anteriore il collo indietro, mi diedi ad *uncinare* il fondo dell' utero; con un uncino doppio inguainato a mo' delle unghie di gatto, uncinai profondamente il fondo dell' utero. Tiramenti anche validi servirono solo a portare il fondo dell' utero in vista nella breccia; sul tratto visibile applicai man mano parecchi uncini vuoi doppi vuoi semplici; ma il tessuto era così friabile che la maggior parte lasciavano la presa. Con pazienti ed insistenti trazioni ad un tratto il fondo dell' utero si estrinsecò. Dapprima lo afferrai coi forcipi a uncino acuto, ma visto che si lacerava il tessuto feci passare un nastrino di seta dalla faccia posteriore alla anteriore mediante ago curvo ed annodati i capi ebbi un mezzo sicuro di trazione sul fondo e lo consegnai ad un aiuto.

Mi accinsi allora alla *legatura dei legamenti larghi.* Aveva in pronto un klemmer grosso modello ed uno medio modello di Billroth ed un paio di klemmer modificati da Caselli, simili a quelli da esso adoperati nella sua prima operazione. Nè il primo nè il secondo si adattavano, tanto era profondo il legamento largo e stirato, diedi perciò la preferenza ai klemmer di Caselli, e cominciando dalla sinistra, munito di filo di seta N.° 3 l' occhiello della branca inferiore, fatto passare per pressione e dilacerazione la branca stessa nel légamento largo e liberato il filo dall' occhiello, il che non fu sempre facile, legai all'esterno del klemmer; essendosi rotto, il filo, da quel momento lo adoperai sempre doppio. Posta una pinza Kocher-Pean rasente all'utero sezionai colle forbici curve di Bozmann il tratto intermedio, fino all'orifizio pel quale era passato una branca del klemmer. In un secondo fascio fatto nel modo detto or ora, compresi il legamento rotondo e la porzione media del legamento largo e legai e poi tagliai nel modo già indicato, lasciando in posto due pinze Kocher-Pean accanto all'utero e togliendo il klemmer Caselli, il quale lasciava il tessuto

compreso, schiacciato e anemico. Anzichè mettere il terzo laccio passai a porre i due lacci superiori dal lato destro, procedendo nel modo indicato e tagliando due dei quattro fili (filo doppio), una volta fatto il nodo. I due punti inferiori li posi mediante due aghi di Dechamp, guidando coll' indice la punta dell'ago all' estremità della ferita praticata nel primo atto della operazione e, aiutato dalla contropressione delle dita, facendolo uscire un po' in dentro e indietro presso al legamento utero sacrale. Fatti e stretti ben bene i due nodi, spinte a fondo le dita indice e medio della mano sinistra per proteggere il nodo praticato cominciai con piccoli tratti di forbici curve Bozmann a staccare il ricco tessuto del legamento largo che corrisponde all' istmo dell' utero e poi a *distaccare il fornice vaginale posteriore* dalla sinistra alla destra della donna. Così venne via l'utero e senza notevole perdita di sangue. Per quanto ho provato non sono riuscito di sentire, come sperava, le pulsazioni dell'arteria uterina e mi sorprese ancora la anemia dell' utero appena capovolto ed ancora, nell' esame del pezzo esportato, la piccolezza delle arterie relativamente a quanto mi aspettava.

A questo punto, secondo che era stato stabilito, doveva cominciare a funzionare il polverizzatore a vapore che perciò stava già acceso e convenientemente disposto, ma sgraziatamente durante l'operazione si fuse la saldatura del fondo e lo strumento non potè più funzionare. Fatta una generosa irrigazione nella vagina con soluzione di acido borico ed una irrigazione entro il peritoneo con soluzione al thymol e asciugata la parete posteriore della vagina vi scorsi la piaga che già aveva invaso buon tratto e pensai di esportare la parte malata. Assicuratomi che l' intestino retto era lontano, e che le intestina non scendevano, feci passare orizzontalmente con un ago curvo un filo oltre ai limiti della piaga e passante dalla faccia anteriore alla posteriore della parete vaginale posteriore e viceversa, e sollevato il mezzo del filo ed i due capi praticai colle forbici due incisioni a V colle quali esportai la parte malata; il filo si trovò così già in posto per praticare il primo punto di sutura e tosto ne applicai un altro; una piccola escoriazione superficiale che scendeva più sotto la raspai col cucchiajo di Simon e la toccai col percloruro di ferro. A questo punto la donna avendo fatto una profonda inspirazione entrò un po' di aria nel cavo peritoneale ed il fatto si ripetè un'altra volta. Rinnovai le irrigazioni, esaminai il campo della operazione, feci il

cateterismo, tirai moderatamente i fili in vagina e ne feci un fascio, ripetei le irrigazioni, posi un tubo di vetro da drenaggio nella breccia, prima colla concavità indietro perchè pescasse nello spazio del Douglas, ma poi innanzi perchè a quel modo non si adattava bene alla vagina e, chiuso all'esterno i genitali con cotone fenicato, fu portata la donna a letto.

L' operazione durò intorno a tre ore; fu lunga la dissezione della vescica per la friabilità del tessuto uterino, fu lungo il capitombolo, per la stessa ragione, fu relativamente breve il tempo della legatura e del distacco dell' utero dal fornice vaginale posteriore; un po' di tempo fu impiegato nella ablazione di parte della parete posteriore della vagina già invasa dalla neoplasia. La cloroformizzazione durò intorno a 4 ore senza accidenti.

La donna trasportata dal tavolo di operazione nel suo letto fu disposta col bacino un po' elevato e la testa bassa e colle ginocchia alzate da un cuscino di tela cerata di forma cilindrica. Poco a poco si riebbe e quando le fu dato caffè con alcoolici cominciò a vomitare.

Fenomeni successivi alla operazione. Cura consecutiva - esito.

Dalla camera si esportò subito tutto ciò che servì alla operazione e coperta bene la donna si mutò l' aria attivando il fuoco nella stufa e tenendo aperta in parte una finestra. Per tal modo si ebbe sempre una temperatura di 18 gradi centigradi ed aria pura.

La donna cinque ore dal principio della operazione è alquanto assopita per effetto della cloroformizzazione, perciò si fanno due injezioni sottocutanee di etere e si ricorre alla respirazione artificiale; le bevande alcooliche amministrate *vengono vomitate.*

Si comincia a prendere nota della temperatura, della frequenza del polso e del respiro, il che si ripete parecchie volte nella giornata. La prima osservazione fatta alle ore 2 pom. 14 maggio dà per risultato:

	T. 36,6	P. 108	R. 16	
ore 5 pom.	» 38,3	» 116	» 18	Fisionomia composta, sudore profuso.
» 9 »	» 38,2	» 98	» 18	
» 11,20 »	*vomito* di materie ingerite.			

15 Maggio.

ore 1 ant.	T. 38	P. 106	R. 18	Donna tranquilla, sete viva.
» 5 »	» 38	» 106	» 14	Sudore profuso, sete, qualche dolore addominale.
» 8 »	» 38,1	» 108	» 16	Dolori periombelicali ed ipogastrici che si esacerbano alla pressione.
» 10 »	» 38	» 116	» 18	
» 1 pom.	» 39	» 116	» 18	Sudore profuso, dolori addominali.
» 5 »	» 39	» 120	» 18	Fisionomia composta, dolori addominali.
» 8 »	» 38	» 110	» 16	
» 10 »	» 38,2	» 120	» 18	Dolori addominali e fitte. Si alza la testa del letto con un mattone.

16 Maggio.

ore 2 ant	T. 38,2	P. 116	R. 18	Dolori gastralgici, fisionomia composta.
» 6 »	» 38,2	» 120	» 18	Faccia addominale, vomito di materie ingerite, ventre un po' teso. *Peritonite.*
» 8 »	» 37,9	» 132	» 18	Vomito di materie verdastre.
» 10 »	» 38,2	» 132	» 26	Fisionomia composta, ventre un po' meteorizzato, si alza la testa del letto con altro mattone. Vomito.
» 12 »	» 38,5	» 132	» 18	Polso piccolo, crampo di ventricolo.
» 2 pom.	» 38,6	» 130	» 24	Flatul. fragorose e frequenti.
» 3 »	» 38,9	» 136	» 24	
» 7 »	» 38,5	» 130	» 24	Ventre un po' meno teso. Alle 8 ½ la malata prende un po' di minestra e non la vomita.
» 9 »	» 38,2	» 128	» 20	Alle 10 sforzi di vomito.
» 12 »	» 38,3	» 130	» 24	Conati di vomito e vomito, poi la donna è tranquilla.

17 Maggio.

ore 2 ant.	T. 38,4	P. 132	R. 22	La donna riposa in grazia di injezione di morfina.
» 4 »	» 38,5	» 120	» 18	

ore 5 ant.	T. 38, 7	P. 132	R. 16	Polso piccolo, respirazione regolare.
» 8 »	» 38, 3	» 132	» 18	Ventre poco dolente, poco teso, dormì, fisionomia composta, buon umore.
» 10 »	» 38, 7	» 130	» 24	
» 11 »	» 38, 6	» 132	» 24	Eruttazioni, sonnolenza.
» 3 pom.	» 39	» 144	» 24	Faccia un po' soffusa.
» 6 »	» 38, 7	» 144	» 25	Sete intensa.
» 8				Polso filiforme, impercettibile, estremità gelide. Si rianima colle injezioni di etere, coi fomenti caldi, coll'abbassamento del capo, con terebintinata sul ventre, vomito.
» 12				Cessato il vomito la malata riacquista i sensi, può tollerare un po' di gelato con cognac ed un po' di brodo, la fisionomia si è ricomposta.
18 maggio.				
ore 1 ant.				La donna di nuovo perde i sensi, il polso torna piccolo, filiforme, estremità gelide, sensazione di velo innanzi agli occhi. T. 39,5, P. 150, piccolissimo R. 28.
» 2 ½				La paziente dopo un fugace risveglio si fa agonizzante, poi cessa di vivere.

La *cura* fu fatta con pillole di oppio di 2 centig. cadauna, injezioni sottocutanee di morfina, injezioni di bisolfato di chinina, injezioni di etere. Due volte si diedero piccole dosi di magnesia e di bicarbonato di soda. Bevande: limonata, ghiaccio, gelati. Alcoolici: vino vecchio di Piemonte e vino di Marsala e cognac. Alimenti: brodo, semolina, biscotti, ma sgraziatamente ogni cosa veniva vomitata.

Si ripetè il cateterismo regolarmente ogni 4 ore e sempre fu estratta da grm. 200-300 di urina limpida salvo nelle ultime ore di vita essendosi fatta l'orina più scarsa. Vi fu qualche sensazione come di bisogno di evacuare che però non ebbe mai esito.

Sul ventre furono fatte pennellature di tintura di jodo.

La cura precipua fu quella delle irrigazioni endoperitoneali e vaginali. Per queste si fece uso di una grossa siringa di vetro adattandone la punta alla estremità del tubo da drenaggio in gomma e si usò fino al giorno 17 della soluzione al thymol. La prima injezione, che fu fatta solo in vagina, fu seguita da fenomeni addominali sensibilissimi che cessarono tosto sollevando alquanto il capo inferiore del tubo di vetro per cui sgorgò subito il liquido injettato tinto di sangue. — Introdotto poi il tubo di gomma nel tubo di vetro, lungh'esso fu spinto fin nel cavo peritoneale e servì ad injettarvi la soluzione che refluiva per la vagina, finita la injezione, il capo esterno, che si stringeva momentaneamente con pinza a pressione continua, si faceva pescare in un recipiente di acqua fenica. I genitali esterni si coprivano di cotone fenicato. Fra le grandi labbra si metteva jodoformio in polvere. Accanto al tubo addominale si pose in vagina un altro tubo di gomma che pescava pure nel vaso contenente acqua fenica, tra una medicazione e l'altra i due tubi funzionavano e vedevasi il prodotto sul fondo del vaso, durante le injezioni nel peritoneo il liquido refluiva per l'altro tubo che pescava solo in vagina; solo il primo liquido di reflusso era torbidetto, il rimanente liquido veniva chiaro. Il tubo di vetro aveva un diametro di un ctm. nel lume, era piegato ed era munito di fori nella parte superiore, lungo intorno a 8 ctm. I tubi di gomma rossa avevano diametro di 4 mm., quello che correva lungo il tubo di vetro penetrava nei genitali per 12 ctm. e non impedíva che il liquido scendesse tra la parete del tubo di vetro e quella del tubo di gomma, la estremità inferiore del tubo di vetro era lontana dai genitali esterni per la lunghezza di una prima falange e mezza del dito indice. Il tubo di gomma vaginale penetrava per 7 ctm., la sua lunghezza totale era 37 ctm., l'altro tubo era lungo cent. 43. Nei primi due giorni alla injezione si faceva precedere la aspirazione che si ripeteva anche dopo la injezione; pratica che non si trovò più utile in seguito perchè il liquido refluiva più presto spontaneamente. Questa medicazione si ripeteva ogni due ore perchè la temperatura era superiore a 38° e si faceva sotto a

nebbia fenica ottenuta con polverizzatore a mano. L'acqua injettata era sempre a temperatura di 40° e perdeva alquanto calore scorrendo lungo il tubo. Il liquido refluo nei primi due giorni era sanguinolento, nel terzo dì si fece purolento ed aveva cattivo odore che si sentiva non ostante l'odore della soluzione sebbene non molto pronunziato. Allora si cominciò a fare irrigazioni vaginali all'acido fenico oltre alle peritoneali al tymol. Dopo le injezioni la fisionomia della ammalata assumeva espressione migliore e la donna diveniva più calma e la temperatura si abbassava alquanto. Talora insieme al liquido uscivano bolle di gaz o di aria, sebbene non ne venisse injettata, usandosi all'uopo tutte le precauzioni. L'ultima irrigazione fu fatta alle ore 6 pom. del giorno 17 e fu alquanto abbondante perchè lo scolo era più del solito odoroso e la temperatura si era elevata a 39° ed il polso a 144 battute per minuto. Il peggioramento cominciò alle 8 pom. e si credette effetto di shok addominale.

Non vi fu mai brivido di freddo, mai delirio. I fenomeni della sofferenza peritoneale erano sempre così moderati che si sperava la malattia potesse essere domata in grazia anche del regolare funzionare del drenaggio. Però dava pensiero la sete continua e viva e la intolleranza del ventricolo per cibi e bevande quando si constatò che questi fenomeni persistevano. Si era già notato prima della operazione lo stato anormale del ventricolo e delle sue funzioni tanto che insieme al miglioramento del vitto si era istituita una cura cogli alcalini e cogli amari e colla raschiatura di fava di S. Ignazio; ma i progressi della neoplasia nella vagina non diedero tempo sufficiente per migliorare le condizioni dell'apparato digerente.

L'aggravarsi rapido della operata mi ha realmente sorpreso e per aver concepito speranze di buon esito rimasi anche più afflitto per il rapido esito infausto. Credo però di aver fatto quanto l'arte suggerisce di fare in casi simili ed ebbi il miglior aiuto da parte di tutti coloro che mi coadiuvarono durante e dopo l'operazione ed è con soddisfazione dell'animo che ringrazio il signor Dott. E. Truzzi assistente dell'Istituto, ed il sig. Dott. Musiari G. distinto pratico della città, i signori studenti E. Ponzo e Merelli G. e L. Sormani, allievo interno, ed il rimanente personale dell'Istituto, perchè senza il lavoro coordinato, calmo ed intelligente di più persone non si possono esperire le difficili risorse dell'arte e con ragione il Prof. Bottini osserva che a questa validissima coope-

razione devono i più grandi chirurghi di Germania e d'Inghilterra molta parte dei successi che ottengono.

Reperto necroscopico.

La sezione necroscopica fu eseguita il giorno 19 maggio alle ore 1 ant., ossia 32 ore dopo il decesso dal Prof. G. Inzani e dal suo aiuto Dott. E. Baistrocchi nell'Istituto di Anatomia patologica in presenza di coloro che assistettero alla operazione e di parecchi medici e studenti. Già erasi iniziata la putrefazione della quale eranvi segni nella cute e nel cervello, questo viscere era molto anemico ed anemici erano del pari tutti i visceri in generale; polmoni sani con aderenze pleurali antiche, cuore flacido, cavità sfiancate. Poco essudato plastico su alcune anse d'intestino tenue situate nel piccolo bacino e poco essudato liquido nelle fossette peritoneali dello scavo. Nel luogo dell'utero trovavasi la S iliaca del colon che chiudeva la breccia (lo stesso osservò Caselli nella prima operata) lasciata dalla esportazione del viscere aderendo agli orli della medesima; questa era chiusa affatto a destra del colon, dall'ovaja e dalla tuba destra nascosti sotto ad un essudato plastico, nel resto questi due organi apparivano normali, solo nell'ovajo scorgevasi un piccolo focolajo apopletico, a sinistra scorgevasi la breccia ancora aperta e vedevansi i fili per un breve tratto, da questo lato il nodo terzo era già caduto, il secondo in parte staccato; il ciuffo di tessuto strozzato dal nodo in via di decomposizione; i fili scendevano in vagina; tirando quei di sinistra non si poteva tirare i nodi così in basso che i fili non si potessero più vedere dal lato del cavo peritoneale. Il tubo di vetro da drenaggio era sceso in vagina del tutto o negli sforzi di vomito delle ultime ore o nel trasporto del cadavere; spingendolo in su col dito introdotto in vagina staccò le aderenze del lato destro del colon e penetrò nel cavo peritoneale. Versata dell'acqua attorno, questa passò in vagina attraverso al tubo. Aperta la vescica in alto si trovò la mucosa normale; esaminando posteriormente, il tratto che fu staccato dall'utero appariva un po' arrossato. Ovajo e tuba sinistra normali. Nessun ascesso, nessuna ghiandola infiltrata, non filtrazione del tessuto perivaginale. Sondati gli ureteri si trovarono lontani dai nodi e pervii. La mamma destra un po' dura, nulla di notevole mostrò alla sezione.

Causa del decesso.

La donna soccombette in seguito a *peritonite* ed *anemia*.

La peritonite circoscritta con essudato plastico non era sì grave da spiegare da sola il decesso; la poca gravità della peritonite risulta così dal decorso clinico della malattia come dal reperto necroscopico. La profonda anemia della donna deve avere avuto una parte grande nell'esito infausto. E l'anemia non venne per emorragia durante l'operazione, essendo stata moderatissima la perdita di sangue cagionata dalla medesima; hanno contribuito a crearla: la sarcomatosi ereditaria, le metrorragie, i disturbi digestivi e la cattiva nutrizione, il purgante dato precedentemente alla operazione, la prolungata cloroformizzazione, il disturbo del ventricolo e del cuore per azione riflessa della prolungata irritazione peritoneale cagionata dalla operazione (1), infine la impedita alimentazione per la intolleranza del ventricolo per cibi e bevande, intolleranza in parte primitiva, in parte dipendente dalla cloroformizzazione, in parte dalla irritazione peritoneale sia per l'operazione, sia per la iniziata peritonite conseguente. Questa poi è dubbio se siasi sviluppata per dimenticanza nelle precauzioni antisettiche e per la penetrazione dell'aria e la necrobiosi dei ciuffi strozzati dai nodi, o la presenza dei fili o del tubo da drenaggio, o se fosse già incoata per diffusione dalla neoplasia.

Qualunque sia stata l'origine della peritonite, non essendosi questa manifestata con caratteri di peritonite squisitamènte settica o purulenta ed essendovi la risorsa del drenaggio, io oso credere che in un soggetto che avesse avuto maggiore resistenza organica e che avesse permesso una più prolungata buona nutrizione prima della operazione ed una modica nutrizione dopo, si avrebbe potuto vincere.

Esame dell'utero.

L'utero fu esportato in totalità, per modo che nel pezzo anatomico si scorge tutta la forma propria del viscere e si scorgono le singole parti: fondo, corpo, istmo, collo. Appena esportato, il viscere apparve anemico e molle, nelle lacerazioni del tessuto scorgevasi la struttura fascicolata e notevole pallore. Fu tosto

(1) Gutsch. *Ueber den Shok. Inaugural dissertation.* Strassburg 1878. — Otto Binswanger. *Loc. cit.* più innanzi.

messo nell'alcool del commercio munito del nastrino col quale si era attraversato il fondo. Nello stesso vaso fu posto il pezzo di vagina esportato separatamente. Nel dì seguente l'utero fu mostrato agli studenti e fu misurato e pesato, ma le note delle cifre trovate, scritte pel momento in foglio staccato, andarono perdute, e si sono ripetute le misure addì 21 maggio, cioè dopo 7 giorni di permanenza dell'utero nell'alcool, durante i quali il viscere si è notevolmente indurito ed apparentemente fatto più piccolo. Nello stesso giorno fu fatto fotografare in due posizioni diverse, in modo che in una si vedesse la faccia anteriore, il fianco destro ed il fondo, nell'altra la faccia posteriore, il fianco destro ed il muso di tinca. Le misure prese sono le seguenti: lunghezza dell'utero cent. 10, del corpo 6, del collo 4. Larghezza del fondo ctm. 6, del corpo 5, dell'istmo 4, del collo 5. Spessore, ossia misure antero-posteriori: nel corpo ctm. 5, nell'istmo mm. 38, nel collo mm. 35. Peso grm. 110.

Il collo è notevolmente grosso sebbene col cucchiajo di Simon sia stato assotigliato nel principio della operazione. L'ulcerazione è circoscritta da un orletto sottile di mucosa apparentemente sana, innanzi ed ai lati sul labbro posteriore si protende fino al fornice vaginale posteriore; la superficie dell'ulcera e la faccia interna del canale sono mummificate dal percloruro di ferro. È breve il cercine vaginale rimasto aderente al collo.

Il fondo presenta profonde lacerazioni, specialmente presso l'angolo destro, cagionate dagli uncini, due profonde lacerazioni sulla faccia anteriore furono fatte dai forcipi uncini; applicati dopo il capitombolo. Il peritoneo sulla faccia anteriore è lacerato aderentemente all'utero al disopra dell'istmo e con linea curva a convessità in basso; nell'istmo, sulla faccia anteriore, si scorge una lacerazione trasversale penetrante nel cavo uterino, fu fatta colle dita durante la dissezione della vescica. — Più sotto nel collo ed un po' a destra scorgesi altra screpolatura meno lunga, comunicante col canale cervicale, fu anch'essa fatta nel modo istesso e nello stesso momento della operazione. La faccia posteriore dell'utero presenta il lembo di peritoneo in forma triangolare, con apice smusso in basso, il quale giunge fino a livello dell'orificio interno.

I fianchi sono denudati; si scopre appena traccia della tuba, del legamento utero ovarico e del legamento rotondo, ed in corrispondenza dell'istmo, a destra più alto, a sinistra più basso, vi è

un ciuffo di fasci vascolari, muscolari e connettivali, nel rimanente si scorgono qua e colà vasi, alcuni a pareti sottili e accasciati, altri beanti, i più grossi sono in corrispondenza dell' orifizio interno ed in alto presso la tuba ed il legamento rotondo. Il fianco sinistro dell'utero è alquanto più mancante. Nella necroscopia però si trovò il legamento largo sinistro più corto del destro, senzachè i ciuffi strozzati dai nodi fossero molto grossi.

Il rivestimento interno dell'utero, visto attraverso alle lacerazioni, apparve assai spesso e molle la parete uterina assai friabile e coll'aspetto di carne di vitello cotta, il peritoneo appariva anch'esso friabilissimo.

Nel dì seguente fu mandato al Prof. V. Colomiatti l'intiero pezzo per lo studio istologico ed insieme gli fu mandato, in glicerina, parte della mucosa raschiata dal canal cervicale nel principio della operazione, parte la tenni presso di me per mostrare al microscopio agli studenti e per le mie osservazioni.

Esame istologico.

Il Prof. Colomiatti mi scrisse in data 17 giugno: « .... confermo pienamente la diagnosi di sarcoma. La neoformazione non è però molto estesa. »

II.

STUDII ED OSSERVAZIONI SULLA ESTIRPAZIÓNE DELL'UTERO PER LA VIA DELLA VAGINA. — Ragionevolezza della operazione — Indicazioni — Varii modi di operare — Come debba prepararsi l'operatore — Preparativi per l'operazione — Operazione — Cura consecutiva — Accidenti secondarii — Recidiva — Statistica — Cenno storico — Sunto delle pubblicazioni fatte sulle operazioni eseguite in Italia — Cenno bibliografico.

Al lettore che si trovasse nella circostanza di doversi accingere per la prima volta a così importante atto operativo, non sarà riuscito discaro che nella esposta narrazione io sia sceso a particolari. Al medesimo non dispiacerà che io esponga il risultato degli studii ch' io feci precedentemente alla operazione e questo varrà a giustificazione del mio operato presso i miei colleghi e ad agevolare il compito a chi vorrà ripetere la prova affinchè crescano le probabilità di successo.

Oltre agli scritti del Dott. A. Bompiani, che primo operò in Italia sul principio dello scorso anno la esportazione dell' utero per la via della vagina con procedimento moderno, agli scritti del Prof. E. Bottini, del Prof. A. Caselli, dei Dottori A. Ceccarelli e Mo, i quali dimostrano, ad onore d'Italia, con quanto amore e competenza sono studiate, discusse e provate le più ardite imprese della chirurgia moderna, consultai non pochi lavori originali di coloro che fuori d' Italia scesero primi nella nobile palestra, e con quella attenzione che si suol porre in uno studio, quando si vuole trarre profitto per giovare ad un nostro simile che si affida con piena fiducia alle nostre cure, ed ecco il frutto degli studii fatti sull'argomento e le considerazioni che sorsero nella mia mente intorno ai risultati dei medesimi.

L'*esportazione* dell'utero affetto da neoplasia infettante *è operazione ragionevole.* — La medicina finora si è mostrata impotente contro a neoplasie infettanti che prendono a svilupparsi nell'utero ed i mezzi termini chirurgici sogliono solo ritardare, talora anzi eccitare il più rigoglioso sviluppo della neoplasia. L' ablazione della parte malata insieme a quanto più è fallibile di parte sana è lo spediente dal quale si può aspettare maggior vantaggio. Ciò che si fa in chirurgia per il labbro, pel mascellare superiore, la lingua, il laringe, il testicolo, l' intestino retto affetti da neoplasia infettante non vi ha ragione che impedisca si faccia per l'utero. Ancor esso non è organo essenziale per la esistenza della donna e, se si pensa alla specialissima ed importantissima sua funzione, sopraggiunge la considerazione che la donna affetta da neoplasia infettante dell'utero non è molto atta alla fecondazione ed alla generazione per ragione della malattia stessa, ed il male manifestandosi d'ordinario in età avanzata e nel periodo inoltrato della vita generativa la donna o ha di già generato e talvolta, pur troppo, trasmesso anche alla prole in triste retaggio la disposizione alla malattia stessa, ovvero e per l'età e per la malattia è passato il periodo opportuno per la donna di adempiere alla missione del generare. Per ciò che riguarda la mestruazione la ginecologia già insegnò come si possa anticipare la menopausa colla estirpazione delle ovaja e come questa aggiunta alla operazione principale non sia assolutamente necessaria. E per riguardo alla possibilità che la donna sopravviva alla ablazione del viscere, le prove ci vengono ancora dalla ginecologia in seguito alle molte

amputazioni sopravaginali dell' utero praticate in questi ultimi anni, ed esperienza acquistiamo dalle molte esportazioni parziali e totali dell'utero state fatte di proposito per prolasso o rovesciamento d'utero o accidentalmente nella donna, e da quelle che si fanno tuttodì nelle bovine quando nell' atto del parto l'utero si rovescia. Che la esportazione totale dell'utero affetto da neoplasia infettante sia operazione ragionevole, risulta poi ancora dalle 160 e più operazioni che furono eseguite dal 1878 in poi, la maggior parte dai più rinomati chirurghi e ginecologi specialmente di Germania (Olshausen, nel lavoro citato innanzi, accenna a circa 100 operazioni eseguite col metodo addominale fino all'agosto 1881).

Indicazioni della operazione. — Esclusi i casi di estirpazione dell'utero in prolasso (1) o rovesciato, la operazione fu fatta ordinariamente, nei tempi vicini a noi, per *cancro dell' utero*, sia carcinoma, sia epitelioma, quando questo dal collo si è diffuso al corpo dell'utero. Era ragionevole che io dubitassi in sulle prime se il *sarcoma* indicasse pure la operazione, avuto riguardo alla sua maggiore diffusibilità ai tessuti vicini ed agli organi lontani ed alla perniciosa influenza su tutto l'organismo. Trovai appoggio per l'affermativa nei lavori di Freund (2) di Olshausen (3), di Jakubasch (4) e negli antecedenti di G. Corradi (vedi innanzi),

---

(1) R. Kaltenbach (Freiburg) nell'eseguire una estirpazione dalla vagina di un utero in prolasso si staccò dai modi precedentemente usati e crede quindi aver migliorata la tecnica di questa operazione applicata all'utero in prolasso, avendo egli aperto molto in alto il peritoneo precedentemente dissecato, invece di strozzare la vagina come prima solevasi fare, avendo rovesciato l'utero indietro e cucita la breccia peritoneale, avendo tenuto fuori della cucitura i nodi fatti ai legamenti larghi (sei). Notò che la emorragia in questa operazione è molto grande durante la dissezione. Crede che oltre alle neoplasie maligne anche il prolasso dell'utero sia una indicazione della esportazione totale purchè si operi col procedimento da esso seguito (*Total extirpation des Uterus von der Scheide aus. Centralbl. f. Gyn.* N. 11, 1880).

(2) W. Freund. *Zu meiner Methode der totalen Uterus-Extirpation, Centralb. f. Gyn.* N. 12, 1878. — *Gedankengang der Eröffnungsrede über Tatalextirpation des Uterus.* — Atti del Congresso Medico di Londra.

(3) *Loc. cit. innanzi.*

(4) Jakubasch (Möllen). *Vier Fälle von Uterussarkom.* Aggiunge 4 casi ai 68 già noti, osserva che la cachessia è un sintoma saliente. Il diagnostico devesi fare col microscopio. *La sola cura consiste nella estirpazione dell'utero.* In un caso il cateterismo uterino cagionò la morte per emorragia e colasso. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* Bd. VII. Hft. 1.

di Spiegelberg (1) (nel caso suo avvenne la recidiva e la morte in conseguenza; l'operazione però fu fatta col metodo di Freund), e di Novaro (vedi innanzi). Però la lettura del lavoro del Professor Colomiatti (2) lascia dubbio se nel caso di Novaro si trattasse realmente di sarcoma. E la lettura del lavoro medesimo lascia molto incerti sulla operabilità del cancro dell'utero perchè l'A. mette innanzi la possibilità della diffusione del cancro uterino attraverso agli spazii linfatici perinervosi ed endonervosi, possibilità che secondo le sue ricerche si può verificare prima di ogni altro modo di diffusione e che può anche verificarsi per i tumori a base di tessuto connettivo. Nel caso mio però nessun fenomeno mi avvertiva di avvenuta diffusione agli organi vicini.

Vari modi di operare e indicazione di ciascuno. — Prescindendo dalla amputazione del corpo dell'utero *(Laparoisterotomia parziale o sopravaginale)* eseguita ordinariamente per miomi uterini vi sono due metodi di esportazione dell'utero in totalità: l'*addominale* (*Laparoisterotomia totale*, detta oggidì: operazione di Freund, la quale subì varie modificazioni specialmente per opera di Kocks, Bardenheuer, Breisky, Rydygier, Kolackzeck, M. B. Freund ed alcune proposte di modificazioni furono fatte in Italia dal Marcacci e dal Ruggi) ed il *metodo vaginale (Kolpoisterotomia totale,* sulle traccie di Sauter e di Recamier modificata da Czerny, Billroth, Schröder, Martini e da altri, come vedrassi in seguito).

La *enucleazione* dell'utero per la via della vagina di sotto al peritoneo rispettando quest'ultimo fu tentata da Langenbeck sen. nel 1813 e ritentata da altri poi e, come è facile ad intendere, col risultato o di esportazione totale dell'utero con parziale escisione del peritoneo aderente al fondo o con esportazione totale della cervice e parziale del corpo.

Un metodo in parte addominale, in parte vaginale fu proposto dal Prof. Corradi di Firenze al Congresso medico internazionale

---

(1) O. Spiegelberg (Breslau). *Ein weiterer Fall von papillärem hydropischen Cervixsarkom und von Extirpation nach Freund* (*Archiv. f. Gyn.*, Bd. XV. Hft. 3 e Bd. XVI, Hft. 1).

(2) *Sulla operabilità del cancro dell'utero.* Nota del Prof. V. Colomiatti. *Archivio per le Scienze Mediche,* Vol. V, N. 5, 1881. In questa nota si fa cenno di 4 estirpazioni dell'utero eseguite in Torino dai dottori Novaro, Margary e De Paoli. Delle operazioni dei due ultimi non ho trovato alcuna notizia altrove.

di Londra ed è riferito nel lavoro di Ceccarelli citato più innanzi. Fa parte del metodo la divisione dell'utero mediante l'ansa galvanica. Proposta analoga, quanta alla divisione dell'utero, fu fatta poi dal Prof. P. Müller di Berna (1). Questi metodi finora sono allo stato di proposta.

Il metodo addominale, in seguito al centinaio di prove fatte dal 1878 in poi, non diede buoni risultati a motivo dello shok o della peritonite settica o della legatura degli ureteri (2). Perciò devesi riservare solo a que' casi in cui non è applicabile il metodo vaginale o vuolsi esportare ghiandole infette.

Il metodo vaginale deve avere la preferenza ogni volta ne è possibile la esecuzione perchè sebbene, a detta di abilissimi operatori, sia di più difficile esecuzione (Bottini), è minore il pericolo dello shok, minore il pericolo della emorragia e della legatura degli ureteri e della infezione del peritoneo, è più facile escidere le parti di vagina infiltrate, è più facile il funzionare del drenaggio; infine: ha dato un numero considerevole di successi come vedrassi nella parte statistica.

Una operazione meno grave di quella testè accennata è la *amputazione sottovaginale e sopravaginale del collo dell'utero* (*Kolpoisterotomia* pariale sottovaginale e sopravaginale). Questa operazione già praticata dal nostro Bellini nel 1832 (3) fu perfezionata da Sims (4) e più specialmente da Schröder (5). Fu descritta dal Dott. Mangiagalli (ora professore della Università di Sassari) nelle sue lettere ostetriche dall'Estero (6), e da me fu vista eseguire da quel valente operatore in Berlino nella scorsa estate. Questa operazione suggerì a Czerny il ritorno alla esportazione totale dell' utero per la via della vagina. Non v'è dubbio che

---

(1) *Eine Modification der vaginale Totalextirpation des Uterus (Centralb. f. Gyn.*, 1882, N. 8).

(2) Kleinwachter riunì fino al termine dell'anno 1880 una statistica di 94 operazioni Freund nella quale figurano solo 24 successi; in essa figura operatore Freund stesso con 4 successi su 14 operazioni e Schröder con 3 successi sopra sei operazioni *(Wiener med. Presse*, 1881, N. 3-4). — Olshausen *(loc. cit.)* operò 4 volte e 3 operate morirono di shok, una morì 16 mesi dopo.

(3) G. B. Bellini. *Nuovi metodi facili, spediti e sicuri per le totali esportazioni in sito,* 1834.

(4) *American Journal of. obstetric.* Juli 1879.

(5) *Charité annalen,* Bd. V.

(6) *Annali di ostetricia, ginecologia,* ecc., 1879.

alla operazione di Schröder debbasi dare la preferenza nei casi in cui la neoplasia è proprio sull'esordire e limitata al collo. Che se il diagnostico nei primordii è difficile si ricorre all'esame microscopico, e nei casi dubbii, ad ogni modo, il pericolo che si fa correre all'ammalata è molto minore di quello inerente alla esportazione totale. Scröder (1) consiglia la amputazione sopravaginale nel cancroide del collo e la esportazione totale per la via della vagina nel carcinoma della mucosa cervicale e nel cancro del corpo diffuso al collo e nel carcinoma del collo diffuso al corpo. È però dubbio se colla amputazione sopravaginale del collo si possa impedire la recidiva. Binswanger (2) assistente nell'istituto di Anatomia Patologica in Breslau manifesta appunto questo dubbio avendo avuto occasione di esaminare 11 uteri esportati col metodo di Freund.

A. Ruge e J. Veit di Berlino (3) in un lavoro sul cancro dell'utero consigliano la operazione di Schröder nel carcinoma della porzione sottovaginale ma nel carcinoma della cervice consigliano la esportazione totale dell'utero perchè molto facilmente la malattia si diffonde alla mucosa del corpo e avuto riguardo ai successi finora ottenuti stanno pur essi pel metodo vaginale. Insistono pur essi sulla necessità di fare il diagnostico istologico sopratutto nei primordi della malattia quando, cioè, il diagnostico clinico non si può fare con sicurezza.

L'operazione di Schröder non esclude la possibilità di eseguire in seguito, ad epoca diversa, la esportazione totale dalla vagina. Lo dimostra un caso di Lane ed un caso del Prof. Bottini (vedi loc. cit. più innanzi). Talvolta l'operatore si accinse per fare la amputazione parziale ed accortosi della diffusione del male al corpo dell'utero finì con eseguire la esportazione totale; questo accadde ad Olshausen (loc. cit., 4° caso). Caselli prima di fare la estirpazione totale esportò il collo, enormemente ingrossato, coll'ansa galvanica (4). Lo stesso fece il Prof. Bottini nella seconda

---

(1) *Ueber die theilweise und vollständige Ausschneidung der karcinomatösen Gebärmutter (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. VI, Hft. 2.

(2) *Anatomische Beitrage zur Indicationsfrage der Freund'schen Operation (Centralb. f. Gyn.*, 1879, N. 1).

(3) *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. VII, Hft. 1 e *Centralb. f. Gyn*, 1882, N. 10, *Der Krebs der Gebärmutter*.

(4) *Raccoglitore medico di Forlì*, 1881, pag. 290. — *Ann. di ostetricia e gin.* vedi innanzi).

operata (loc. cit.). Ma egli non è fautore della sola amputazione parziale, per quanto abbia sviluppato le applicazioni della galvano caustica alla chirurgia, perchè teme di lasciare nell'utero residui di neoplasia (1). M. Sims (loc. cit.) è pure d'avviso che nè lo schiacciatore nè l'ansa galvanica assicurano dalle recidive è però fautore della escisione parziale col coltello e col cucchiaio portati ad agire fino all'orificio interno.

Come debba prepararsi l'operatore. — Disse giustamente il Prof. Bottini che chi si accinge a questa operazione deve prepararsi con esperimenti sul cadavere. La stessa raccomandazione fa il Freund per il metodo addominale (2) che I. Massari dice di aver esperimentato in detto modo prima di Freund, e cioè fin dal 1877 (3) ed H. Fritsch asserisce avere più volte esportato l'utero dalla vagina sul cadavere (4) e le migliori modificazioni proposte dagli operatori tedeschi furono tutte provate prima sul cadavere. Io, che sono devotissimo al metodo sperimentale, non tralasciai di studiare per il caso speciale il modo di legatura in una quantità di pezzi anatomici conservati nell'alcool e ripetei l'intiera operazione in due cadaveri aiutato dal Dott. Truzzi e dal Dottor Leonardi, quest'nltimo assistente alla Clinica chirurgica di questa Università; più esperimenti avrei fatti se avessi avuto a disposizione maggior numero di cadaveri e maggior tempo; tuttavia gli esperimenti fatti mi giovarono moltissimo e da essi trassi la convinzione che avrei potuto accingermi con calma e sicurezza alla importante operazione. Uno studio speciale meritano il decorso dell'arteria uterina ed il rapporto degli ureteri colla vagina e coi fianchi dell'utero. I trattati di anatomia in generale non illuminano abbastanza su questo punto, ed è bene perciò che chi sta per accingersi alla operazione, della quale qui si tratta, faccia questo studio sopra pezzi anatomici o sui cadaveri. — Kochs (5) studiò in modo speciale il decorso dell'arteria uterina e sui preparati anatomici io mi sono convinto della esattezza de' suoi studii i cui risultati furono riferiti dal Dott. Malacchia De Cristoforis nel

---

(1) *Laparotomia antisettica.* Milano, Fratelli Dumolard, 1880.
(2) *Centralbl. f. Gyn.*, N. 12, 1878.
(3) *Centralbl. f. Gyn.*, N. 11, 1879.
(4) *Centralbl. f. Gyn.*, N. 17, 1879.
(5) *Ueber die Totalextirpation des Uterus. Archiv. f. Gyn.*, Bd. XIV, Hft. 1.

libro *Sulla malattia della donna* a pag. 184 (Milano, Fratelli Dumolard, 1881), nel quale invero non è poi trattata affatto la e stir pazione dell'utero per la via della vagina. Io mi convinsi che la arteria uterina dà un ramo vaginale superiore poi decussa lo uretere e passa dall'esterno al lato interno del medesimo portandosi verso l'utero a livello dell'istmo e sale serpeggiando tenendosi distante dai fianchi dell'utero. In base a questo stabilii precedentemente, di dividere il fornice vaginale laterale nell' atto della incisione e di dissecare il tessuto soprastante sui fianchi del collo alfine di portare più alto il terzo nodo e di comprendervi minore quantità di tessuto, e di tenere la parte superiore dell'ansa di filo più infuori della parte inferiore proponendomi con questo di comprendere sicuramente l' arteria uterina al disopra dell'uretere. Nel trattato delle malattie delle donne di H. Beigel (1) trovasi una buona descrizione tolta da Luschka dei rapporti dell'arteria uterina e dell'uretere e l'avvertimento che questi sono alquanto diversi a sinistra ed a destra, quelli sono più intimi per lo spostamento prodotto dalla S iliaca del colon e la presenza di questo viscere è cagione di maggiore turgore delle vene, di qui la ragionevolezza di cominciare la legatura del legamento largo dal lato sinistro. Gli ureteri passano rasente al fornice vaginale laterale in modo convergente ed il loro sbocco è alle estremità di una linea orizzontale che sta a livello dell'apice di un collo di utero normale. Quindi nel tempo della incisione, se questa non si allontana molto dal collo e non vi hanno aderenze normali, non vi è pericolo di ferirli.

Preparativi per la operazione. — Per questo rimando il lettore a quanto scrissi nella narrazione sia per ciò che riguarda la preparazione materiale e morale della donna ammalata, sia per ciò che riguarda la preparazione degli istrumenti, del locale, degli indumenti, delle soluzioni e sia per ciò che riguarda le persone che portano aiuto. Aggiungo che è sempre bene tenere in pronto l'occorrente per l'operazione dalla via addominale per il caso in cui non si potesse compiere la medesima per la via della vagina; cosa che del resto capitò a più di un operatore sperimentato tanto che il Martin avvisa di non operare per la via vaginale se l'utero

---

(1) *Die Krankheiten des weiblichen Geschlectes*, pag. 88, 1874.

non è mobile. Conviene poi preparare quanto occorre per tutti gli accidenti possibili. Gli accidenti che trovai notati nelle varie osservazioni sono lo shok, la emorragia, la ferita della vescica, la ferita o la legatura dell'uretere, la ferita dell'intestino. — Si deve anche aver presente la possibilità di decesso per cloroformio e quella dell'avvelenamento per acido fenico. Contro alla sepsis non saranno mai abbastanza scrupolose le precauzioni. Lo spray fu dalla maggior parte degli operatori sostituito da irrigazioni continue. Il Prof. Bottini preferisce lo spray.

Operazione. — Intendo discorrere solo della Kolpoisterotomia. Credo conveniente siano fissati i piedi e le ginocchia della paziente perchè gli aiuti abbiano da occuparsi soltanto della divaricazione delle parti genitali. Converrà sperimentare la posizione supina. Sebbene io possegga il meccanesimo del quale si serve Bozmann per le operazioni di fistole urinarie, mettendo la donna prona, non osai mettere in pratica le proposte del Bompiani essendomi preparato altrimenti negli sperimenti fatti sul cadavere. Ho però visto nella Clinica del Prof. C. v. Braun in Vienna il Dott. Pawlick operare una fistola vescico-vaginale, la donna essendo prona e cloroformizzata e mi apparve disposizione convenientissima.

La *disinfezione* della vagina ed il raschiamento della neoplasia con successiva mummificazione della parete raschiata si fanno collo scopo di evitare le infezioni del peritoneo durante l'atto operativo e converrà sempre precedano l'operazione. H. Schmid consiglia il cloruro di zinco, 8 per cento, o la polvere finissima di acido salicilico (1).

Per la divaricazione delle parti genitali io credo più conveniente l'uso delle spatole anzichè di uno speculum unico e, l'abbassamento della commissura della vulva, venga fatto da uno speculum largo e breve il quale non impedisca la trazione sul fornice vaginale posteriore. Per trarre in basso il collo e per poterlo tirare a destra ed a sinistra, innanzi od indietro e per torcerlo, ove occorra, nel momento della incisione della vagina servono bene due forcipi a uncino con fermaglio, applicate sulle due labbra facendo uso dello speculum del Sims, più tardi me-

---

(1) *Zur Nachbehandlung der Operationen in der Vagina und an die Portio vaginalis Uteri und die Desinfection der Scheide.* H. Schmid (Berlin) *Central. f. Gyn.*, N. 11, 1882.

diante ago ricurvo possono sostituirsi con nastri di seta o cordoncini o fili metallici.

La *incisione* della vagina costituisce il primo atto del primo tempo della operazione. — Non fu da tutti praticata nel modo istesso, fu praticata solo innanzi (Bottini), o solo indietro (Schröder), o fu fatta la circoncisione (Breisky, Czerny, Billroth). Io credo si debba incidere il fornice anteriore o il posteriore, secondo che vuolsi far eseguire all'utero il capitombolo all'innanzi o all'indietro e sia sufficiente l'incisione di uno dei fornici per non creare innanzi tempo una sorgente di emorragia.

Ho inciso, sull'esempio del Prof. Bottini, il fornice vaginale anteriore. Se il collo fosse stato meno grosso era mia intenzione di prolungare la incisione sui fornici laterali in modo leggermente obliquo infuori ed indietro per allargare maggiormente la breccia, ma essendo il collo grosso pensai di poter ottenere sufficiente ampiezza girando colla incisione attorno al collo fino a metà del fornice laterale; e fissai di limitare la incisione a questo punto per avere una guida per fare, coll'ago di Dechamp, il terzo nodo nel modo che dirò innanzi senza comprendere la vagina nell'ansa. La scorrevolezza della vagina, ottenuta colla pressione del dito, mi istruì per fissare il punto da incidersi nel passare al dinanzi del collo dell'utero.

L'incisione della vagina è seguita dalla *dissezione* del fornice corrispondente fino a mettere in vista il peritoneo e costituisce il secondo atto del primo tempo. Ove si seguisse il consiglio dato da Kochs pel metodo addominale si potrebbero aprire entrambi i fornici anteriore e posteriore, il che faciliterebbe il capitombolo dell'utero, ma temerei esporrebbe più facilmente alla infezione del peritoneo. A. Martin disseca sui margini del collo e sale fino a metà dei fianchi dell'utero. Von Teuffel disseca anche i fornici laterali ed i fianchi dell'utero per poter legare man mano i vasi sotto alle stesse pagine del legamento largo, ma le sue operazioni durarono tutte a lungo. — Nella dissezione della vescica dal collo dell'utero io ebbi cura di dissecare pure sui fianchi dell'utero, sia per allargare meglio la breccia, sia per diminuire la quantità di tessuto che sarebbe stata compresa nel terzo nodo, sia per avvicinarmi maggiormente all'arteria uterina ed allontanarmi dall'uretere. Avviata la dissezione colla sonda trovai conveniente procedere sempre coll'aiuto delle dita stando sempre rasente l'utero secondo il consiglio dato da tutti per schivare di offendere la vescica.

L'apertura del peritoneo e l'allargamento della breccia peritoneale costituiscono gli ultimi atti del primo tempo. Prima di aprire il peritoneo trovo conveniente ripetere il cateterismo tenendo il dito nella breccia, poi fare l'esame bimanuale tenendo sempre il dito nella breccia. In seguito conviene disinfettare le mani. L'apertura del peritoneo fassi colle pinze o colle forbici dopo aver protetta la vescica con una spatola. L'allargamento della ferita fatto il più alto possibile e molto rasente all'utero si fa colla introduzione del dito e poi con entrambi gli indici, come giustamente consiglia il Prof. Bottini, il dito giungerà facilmente al fondo dell'utero. Conviene badare che si può incidere anche il solo tessuto sotto-peritoneale, la vista può aiutare a giudicare se avvenne questo fatto.

Il secondo tempo della operazione è la esecuzione del *capitombolo*. Il capitombolo anteriore è conveniente se il corpo dell'utero non è molto voluminoso e se l'utero è antiflesso o antiverso, nel caso opposto conviensi il capitombolo posteriore, che naturalmente deve essere preceduto dalla apertura del fornice vaginale posteriore. Schröder, Olshausen, Martin si attennero al capitombolo posteriore e quest'ultimo propose anche uno strumento da introdursi nella cavità dell'utero per favorirlo (1). Caselli fece pure eseguire all'utero il capitombolo posteriore nella sua prima operazione e loda questa pratica. Io non ho esperienza in proposito nè sperimentale, nè clinica. Czerny, Billroth, Bottini si attenero al capitombolo anteriore.

Negli sperimenti sul cadavere, per la esecuzione del capitombolo anteriore mi servii di uncini e trovai sempre una solida presa per la resistenza del tessuto; mi giovai anche delle due dita a uncino e dell'aiuto dell'altra mano per modo che mentre una o due dita della mano destra uncinavano il fondo le dita omonime dell'altra mano spingevano il collo indietro; in un caso portai due dita nel retto per agire nello stesso modo sul collo e la manovra riuscì più facile, ma oltrechè questa pratica è poco asettica la lunghezza del canale breccia non lascia fare il capitombolo colle sole dita e senza l'aiuto di uncini, e l'uso di questi richiede l'impiego delle due mani. Un attento operatore potrà portare un uncino acuto semplice sul fondo dell'utero applicandolo a piatto

---

(1) *Zur Technik der vaginalen Uterusextirpation von* A. Martin. *Central. f. Gyn.*, N. 5, pag. 99, 1881.

contro al polpastrello dell'indice, ma è pratica pericolosa, e mentre un doppio uncino servirebbe meglio non può il dito proteggerlo così bene come può farlo se l'uncino è semplice. È pertanto di grandissima utilità l'uncino doppio con guaina scorrevole, che già aveva visto presso Windler in Berlino e che feci venire per l'operazione da me eseguita, incoraggiato dalla buona prova che esso fece nelle mani del Prof. Bottini, e fu per me una provvidenza; infatti per la friabilità del tessuto uterino tutti gli altri uncini e semplici e doppi che applicai sul fondo dell'utero, appena questo fu accessibile alla vista, lasciarono presa, quello tenne sempre e quel che più monta potei applicarlo profondamente senza offendere alcun viscere della pelvi. Chiamasi: *doppelter Haken mit sciebbarem Spitzendecker.* Uno strumento analogo, però con uncino semplice e avente proporzioni maggiori fu proposto di P. Wilhelms (Düren) per le contingenze ostetriche nelle quali è indicato l'uncino acuto (1). Una paziente trazione serve a fare uscire il fondo più facilmente e credo, nel caso mio, abbia contribuito all'uscita, non ostante la friabilità del tessuto, l'aver uncinato l'utero vicino ad uno de' suoi angoli, presso l'angolo destro, per cui si insinuò a modo di cuneo con sbieco, manovra che fu pure messa in pratica da P. Müller (2) per estrarre dal ventre l'utero gravido nella operazione Porro.

Uscito il fondo conviene trapassarlo con ago curvo di conveniente grandezza portante un nastrino, e annodare i capi di questo per avere un mezzo di trazione per il terzo tempo della operazione.

La legatura dei legamenti larghi e dei vasi entrostanti costituisce il *terzo tempo* della operazione. Si può fare in molti modi, e pure qui sono applicabili parecchi dei modi che furono proposti pel medesimo tempo della operazione nel metodo addominale. È un tempo importantissimo sia per la emostasia sia per la necessità di schivare gli ureteri. Martin perdette una operata per emorragia durante l'operazione e Bompiani perdette la sua per emorragia secondaria e l'uretere in realtà fu assai meno offeso nella operazione vaginale che in quella col metodo addominale. Czerny fece tre legature in massa, Billroth propose ed usò i klemmer,

---

(1) *Centralb. f. Gyn.* N. 23, 1880.

(2) *Ueber Extirpation des Uterus. Corrispondenzbl. f. Schweizer. Aerste*, 1878, N. 20.

pinze emostatiche destinate a schiacciare il tessuto nel punto in cui si deve porre il laccio. Olshausen legò in massa i legamenti larghi con filo metallico mediante due piccoli serranodi ed aggiunse una legatura col filo di seta per maggiore sicurezza. Schröder legò i vasi man mano che tagliando comparivà l'emorragia, alla maniera di Rydygier (1) e cucì la massa dei nodi lateralmente alla parete vaginale. Bottini uso i klemmer per impedire l'emorragia che dopo la sezione si fa dai margini dell'utero. Caselli modificò il klemmer di Billroth piegandolo sul piatto e munendone le estremità di cruna per farlo servire da portafilo e se ne servì per schiacciare il tessuto destinato a cadere in necrobiosi. Von Teuffel legò i vasi dentro il legamento largo stesso prima del capitombolo. Da questo breve cenno è facile scorgere come sono ancora divise le opinioni riguardo al procedimento più adatto per questo tempo della operazione; nell'imbarazzo della scelta, quantunque possedessi i klemmer di Billroth, grande e piccolo modello, io feci uso di quelli di Caselli e seguendo l' esempio anche di Bottini applicai rasente l' utero una pinza emostatica Kocher-Pean che in realtà è un piccolo klemmer a morso di coccodrillo, ed una volta fatta la legatura al lato esterno del klemmer Caselli sezionai il legamento fra i due klemmer. Ma debbo dire che la dilacerazione del tessuto che conviene fare col klemmer Caselli vorrei volentieri evitarla in altra operazione e che la liberazione del filo della cruna della branca inferiore non riesce facile e che la cruna se non ha gli orli rotondi taglia il filo, e questo accidente è accaduto a me, per cui dovetti ricorrere ad un ago di Dechamp per porre uno dei fili superiori. Il klemmer Caselli ha però il vantaggio di limitare bene i fascii che si vogliono legare, quindi anche la linea di sezione del tessuto. Il Prof. Bottini legò molto all'esterno del klemmer e tagliò fra il nodo e lo strumento rasente quest' ultimo, Caselli legò all'esterno del klemmer rasente il medesimo, io feci lo stesso e così vidi fare il Billroth a Vienna nello scorso estate.

Il primo nodo comprende la tuba ed il legamento utero-ovarico; questo deve essere cercato col tatto in causa dello stiramento dei legamenti larghi. Il secondo comprende il legamento rotondo e la parte mediana del legamento largo. Il terzo nodo io

---

(1) Rydygier (Culm). *Ein Fall von Extirpation des ganzen Uterus und beider, Ovarien nach Freund.* — *Berliner Klin. Wochenschr.*, N. 45, 1880.

lo applicai nel modo seguente: dopo aver sezionato il legamento largo per i due terzi superiori ed avere tolti i klemmer, cercai col dito indice portato in vagina i fianchi del collo dell'utero e la estremità della incisione praticata nel primo tempo della operazione, in essa feci penetrare l'apice del dito medesimo per quanto lo permise la dissezione fatta precedentemente sui fianchi della cervice dell'utero nel modo già descritto; sulla guida del dito portai là dentro un ago di Dechamp smusso munito di doppio filo N. 3 ed ebbi cura di farlo uscire accanto alla piega peritoneale del legamento utero-sacrale, aiutandomi mediante contropressione delle dita dell'altra mano portate sul luogo; liberato il filo e tolto l'ago e fatto passare il capo inferiore del filo a cavallo della spaccatura già praticata nei due terzi superiori del legamento largo annodai fortemente il filo dal lato posteriore (superiore) dell'utero. Con questo procedimento precedentemente studiato e provato io riescii a legare l'arteria uterina, a non legare l'uretere e schivai di comprendere nel nodo la vagina. Portai in seguito l'indice ed il medio a modo di forcella a cavallo del nodo fatto e molto profondamente per proteggerlo durante la sezione del terzo inferiore del legamento largo o meglio del tessuto compreso nel terzo nodo ed ancora aderente ai fianchi dell'utero, la quale sezione operai colle forbici.

Per schivare gli ureteri fu proposto il cateterismo dei medesimi; ma sebbene la cosa sia fattibile non parmi sia molto utile (1).

Il terzo nodo di destra non tenne bene nel caso di Bompiani e fu causa di emorragia secondaria; lo stesso inconveniente avvenne nel caso del Dott. Raffa, avendo egli legato alla maniera di Kocks e dovette frenare la emorragia dell'arteria uterina con una pinza Pean lasciata a permanenza.

Compiuta la legatura del legamento largo e dei vasi in esso contenuti con tre legature in massa, rimane da eseguire *la sezione del fornice vaginale posteriore per esportare l'utero:* quarto tempo della operazione (Bottini). Se il fornice vaginale posteriore fosse già stato aperto fin da principio alla maniera di Kocks (2)

---

(1) I. v. Massari. *Extirpation der Ovarien und des Krebskrankenuterus von der Bauchhöhle aus.* — *Centralbl. für Gyn.*, N. 11, 1879. — Sullo stesso argomento scrisse Mikulicz.

(2) *Zur Totalextirpation des Uterus von D. I. Kocks. Priv. doc. in Bonn.* — *Centralb. f. Gyn.*, 1882, N. 8.

indicata per il metodo addominale, il terzo nodo si può eseguire facendo passare un doppio filo nella apertura posteriore e portando un filo a destra ed uno a sinistra fino agli estremi delle due incisioni dei fornici per annodare in massa la parte inferiore del legamento largo; ma questo modo di procedere prolunga il primo tempo della operazione senza molto vantaggio e fa comprendere troppo tessuto nel nodo ed anche la vagina, a meno che si incidono preventivamente anche i fornici laterali e la emostasia è meno sicura come dimostrò il caso di Raffa. Era mia intenzione sezionare il peritoneo, staccarlo dall'utero e dalla vagina e dividere poi il fornice vaginale per dilacerazione, ma il campo operativo essendo troppo profondo feci il distacco a colpi di forbici procedendo da sinistra verso destra e proteggendo sempre le parti vicine coll'indice ed il medio dell'altra mano.

Dopo la esportazione dell'utero credo convenga *escidere le parti di vagina che fossero invase dalla neoplasia* provvedendo alla emostasia colla torsione e colle legature perdute. Io mi attenni a questo metodo anzichè alla circoncisione di tutte le parti malate fatta fin da principio, ed in questo momento operativo trovai utilissimo le lunghe pinze di Bozmann che vidi usare da Schröder per l'amputazione sopravaginale del collo dell'utero ed anche per sollevare il peritoneo per inciderlo nelle molte laparotomie che dal medesimo vidi praticare.

Il mezzo di legatura comunemente usato pei legamenti larghi è il cordoncino di seta N. 3. Olshausen usò il filo metallico, lo usò Zweifel (Erlangen) per il nodo inferiore in una operazione alla Freund e perdette l'operata di emorragia (1) e lo usò pure il Caselli. Il Bottini nella terza operazione fece uso del catgut e di legature perdute. Conviene badare, volendo imitarne l'esempio, che il filo sia ben disinfettato e resistente per reggere alla necessaria trazione (2).

Czerny che primo richiamò in vigore la esportazione dell'utero per la via della vagina tirò in basso le ovaia e legati i loro attacchi le tolse. Caselli, nella storia della sua prima operazione, si propone di fare altrettanto in avvenire per aver trovato nella necroscopia un ascesso ovarico apertosi nel peritoneo.

---

(1) *Berliner klin. Wochenschrift,* 1881, N. 22-24.

(2) *La terza estirpazione totale dell' utero della vagina.* Nota clinica del Dott. A. Guarneri. — *Gazz. Med. degli Ospedali,* 1882, N. 13.

La ragionevolezza di questo atto sta nella utilità di anticipare la menopausa; ma la esecuzione dell'atto, operando col metodo vaginale, non deve riuscire sempre molto facile come ho potuto convincermi con prova fatta sulla mia operata durante la necroscopia. Giustamente osserva Leopold di schivare di operare nel periodo menstruo perchè egli perdette una sua operata per emorragia ovarica mestruale per aver trascurato questa circostanza (1).

Io mi limitai a tirare moderatamente i fili in vagina ed i nodi corrispondenti, attorcigliare i fili e fare un nodo lasso che cacciai in vagina, accanto ai fili cacciai fin dentro il peritoneo un tubo di vetro grosso come il dito mignolo, ricurvo e munito di fori nella parte superiore.

Le intestina non vennero in vista; la vescica e la parete anteriore da un lato e la parete posteriore della vagina dall'altro vennero in contatto a mo' di valvola che si aperse solo temporaneamente per l'entrata di aria, il che si è ripetuto due volte per due profonde inspirazioni fatte dalla operata che cominciava a svegliarsi.

Prima di porre il drenaggio fu disinfettata la vagina con soluzione borica e la parte inferiore del cavo peritoneale con soluzione al tymol calda e fu esaminato per bene il campo dell'operazione per assicurare che la vescica era integra e non vi era emorragia. La medicazione fu fatta col cotone fenicato posto innanzi ai genitali e tenuto da una fascia a T.

La durata della operazione non è indicata in tutte le narrazioni, la maggior parte degli operatori accennano ad un'ora, le più lunghe operazioni durarono fino a sei ore (v. Teuffel) la mia durò intorno a 3 ore e la cloroformizzazione durò anche di più. Invero duro più di quanto io aveva previsto; ma io credo che quando la dissezione riesce lunga, il capitombolo riesce difficile e si deve aggiungere un altro momento ai tempii ordinarii della operazione, la operazione non può a meno di durare a lungo non ostante l'abilità dell'operatore. Se poi si fa troppo presto la dissezione si può ferir la vescica e si perde nel cucirla il tempo guadagnato prima, e questo appunto ho visto accadere nella operazione accennata nella prima pagina di questo scritto.

Una questione importante è quella della *cucitura del peritoneo* e

---

(1) *Centralblat f. Gyn.*, 1878, pag. 548. — *Ueber eine totale Uterusextirpation nach Freund.*

del drenaggio. Io non feci la cucitura perchè l'operazione mia era già durata troppo a lungo e perchè in vista dei dispareri che ancora esistono su questo punto mi attenni alla pratica dei più felici operatori, dell' Olshausen che ebbe sei successi in sei operate e del Bottini che ne ebbe tre su tre operazioni. La cucitura del peritoneo fu posta da Freund come condizione essenziale del suo metodo originario, ma udii da lui medesimo in Strasburgo nel 1880 considerare come un progresso la soppressione della cucitura e la pratica del drenaggio proposte da Bardenheuer (1). Per l'operazione col metodo vaginale è riconosciuta dalla maggior parte degli operatori la utilità del lasciare aperto il peritoneo e del drenaggio. Schröder cucisce il peritoneo in parte e pone il drenaggio (2). Mikulicz (3) propone la cucitura completa del peritoneo e la irrigazione permanente della breccia vaginale e sottoperitoneale e von Teuffel praticò la cucitura completa, ma ebbe risultati meno buoni di quelli ottenuti da Schröder e da Olshausen. Vidi Billroth in un caso porre in vagina solo garza con jodoformio, Caselli usò anche solo garza nella prima operazione, Bottini nella prima pose il drenaggio e fiocchi di cotone attorno, ma sconsiglia dal fare altrettanto, in seguito usò il tubo di vetro col cotone dentro (Hegar). Nella discussione che fu fatta su questo argomento nella sezione ginecologica del congresso dei naturalisti in Salzburg nel 1881 (4) Bardenheuer, propugnatore della utilità del drenaggio, sostenne l'utilità di questo per tutte le operazioni che richiedono l'apertura del peritoneo, perchè se per un lato debbesi impedire che entrino materiali infettanti nel cavo medesimo e ciò mediante le precauzioni antisettiche, devesi pure mediante il drenaggio esportare que' materiali che in seguito alla operazione vi si raccogliessero. Fu egli che modificò la operazione Freund ommettendo la cucitura del peritoneo e aggiungendo il drenaggio. Ma Kaltenbach in quella medesima seduta sostenne che se il drenaggio era utile nella esportazione dell'utero perchè appunto si apriva il peritoneo in basso, cioè là dove si cominciò la

---

(1) *Die Dreinirnug der Peritonnealhöle.* Stuttgart, 1881.

(2) 53 *Versamlung deutscher Naturforscher und Aerste in Danzig.* Sett. 1880. *Archiv. f. Gyn.*, XVI, Bd. Hft. 3, 1880.

(3) I. Mikulicz. *(Klinik Billroth Wien). Ueber die Totalextirpation des Uterus. — Wiener med. Wochenschrift,* 1880-81, N. 47 e seg.

(4) *Centralblat f. Gyn.,* N. 21, 1881. — Rendiconto del Dott. Frommel.

pratica del drenaggio e se poteva giovare nei casi di operazioni con apertura del peritoneo nei quali o per rottura di cisti o per uso di molte spugne o per diffetto di emostasia non si è sicuri di eliminare tutti i materiali che possono alterarsi (se sono in quantità perchè se sono pochi rimangono innocui), torna anzi dannoso negli altri casi nei quali è più conforme ai principii della medicazione Lister il chiudere il peritoneo (1). Quando poi occorra il drenaggio preferisce sull'esempio del Köberlé usare i tubi di vetro messi nell' angolo inferiore della ferita (nelle laparotomie) pescanti nei varii fondi e meglio se muniti di cotone secondo il consiglio di Hegar (2) per ottenere con essi un drenaggio capillare anzichè farli servire alla aspirazione. Il drenaggio dal lato del ventre può coprirsi e scoprirsi colle precauzioni antisettiche, il che non si può fare nel drenaggio vaginale. Sostiene poi che un drenaggio insufficente è peggiore della mancanza di drenaggio. Alle vedute di Kaltenbach mi accosto pur io per ciò che riguarda le laparotomie in genere eseguite con precauzioni antisettiche scrupolose e non accompagnate da accidenti e trovai razionale il procedere di Schröder, dal quale vidi eseguire in Berlino parecchie ovariotomie con pochi assistenti, pochi strumenti, molte precauzioni antisettiche, con affondamento del peduncolo allacciato con cura e chiusura completa della breccia peritoneale e addominale, ed udii da lui stesso in una seduta della Società ostetrica di Berlino, attribuire a questo procedimento i buoni risultati ch'egli otteneva nella operazione della ovariotomia (3). Vidi dallo stesso applicare un grosso tubo di drenaggio vagino-addominale in un caso di operazione di gravidanza extrauterina addominale giunto al settimo mese ed eseguita per la morte del feto e comparsa di fenomeni febbrili nella madre.

Ma riguardo alla esportazione dell'utero per la via della vagina la questione della cucitura del peritoneo e del drenaggio non parmi ancora risolta ed è desiderabile che ulteriori utili insegnamenti vengano dalla esperienza clinica. Per ora si può dire che

---

(1) Il Prof. Chiara, per esperienza fatta nella ovaro-isterotomia cesarea, già era venuto alla stessa conclusione e sopprimendo il drenaggio ebbe buonissimi risultati. — *Annali di Ostetricia, ecc.* Vol. I, 1879, pag. 17.

(2) A. Hegar. — *Zur Kapillardrainage der Bauchhöhle.* — *Centralbl. f. Gyn.* N. 7, 1882, — A. Kehrer. Id. N. 3.

(3) Su 300 ovariotomie ebbe nel primo centinaio 17 decessi, nel secondo 18, nel terzo 7. — *Berliner klin. Wochenschrift,* 1882, N. 16 e 17.

il procedimento migliore a seguirsi è quello di lasciare aperto il peritoneo e usare il drenaggio, nascosto in vagina, se l'operatore si è proposto di fare irrigazioni solo nel caso di aumento della temperatura o di alterazioni dello scolo dai genitali. La legatura del legamento largo fatta con punti perduti, con molta attenzione e con catgut ben disinfettato e resistente (Bottini) e la cucitura del peritoneo colle susseguenti irrigazioni vaginali frequenti o continue (Mikulicz) è il metodo il più complicato ma il più conseguente al metodo antisettico; il metodo di Schröder è a mio avviso il più ragionevole per assicurare contro alla emorragia secondaria e per favorire il coalito, e lo scolo del liquidi dal peritoneo e per impedire la retrazione dei nodi verso il cavo peritoneale e per impedire la possibile, se non facile, fuori uscita delle intestina: egli fissa il fascio dei nodi ai due lati alla parete vaginale e cucisce queste insieme ponendo nel mezzo un tubo da drenaggio. L'introduzione di sostanze organiche in vagina o nei tubi di vetro parmi esponga ad inconvenienti per la pronta alterazione delle medesime non potendosi applicare la medicazione antisettica nella vagina. Corre altrimenti la cosa nel drenaggio addominale che si può coprire colla garza e scoprire col nebulizzatore in funzione come vidi praticare con tecnica scrupolosa dal Prof. E. Bassini mentre reggeva in questa Unversità la Clinica chirurgica operativa. Però la cucitura richiede l'introduzione temporanea di una spugna munita di filo per trattenere e difendere le intestina, l'uso di aghi e porta aghi molto curvi, e che non si facciano i nodi se non dopo tolta la spugna e aver fatte irrigazioni disinfettanti.

Se a vece di un tubo di vetro si fa uso di un tubo di drenaggio di gomma terminante a T parmi sia conveniente esca dai genitali e peschi in un recipiente contenente acqua fenicata in modo che il capo esterno sia il più basso. Un drenaggio continuo a sifone lo vidi nella Clinica ostetrica e ginecologica del Prof. Spaeth in Vienna, dove, in assenza del Professore, l'assistente Dott. Schauta aveva aperto con trequarti di Dieu-la-foi un ascesso parametrale ed aveva adattato alla canula un tubo di gomma pescante in un secchio posto accanto al letto della ammalata.

Sull'argomento della cucitura o meno del peritoneo e del drenaggio nella esportazione dell'utero per la via della vagina, non mi tratterò più oltre, non avendo esperienza propria sufficente, e non volendo poggiare giudizii su semplici vedute teoretiche, con-

chiuderò osservando che il più felice operatore d' oltr' alpi lasciò aperto il peritoneo e pose il drenaggio di gomma a T (Olshausen), Schröder che perdette una sola operata cucisce in parte come ho detto e pone il drenaggio di gomma a T, v. Teuffel che cucì il peritoneo ebbe risultati meno favorevoli. Martin, Billroth ancora essi non cucirono il peritoneo e usarono il drenaggio, ed ebbero più successi che insuccessi. Il più felice operatore in Italia, il Bottini, lasciò aperto il peritoneo ed usò il drenaggio, seguendo ancor' esso l'esempio di Czerny. Il Caselli ancor' esso lasciò aperto il peritoneo ed ebbe un solo insuccesso.

La questione della cucitura o meno del peritoneo è legata oltrechè alla questione dell'antisepsis al pericolo di discesa delle intestina, pericolo che io credo non si debba molto paventare se si è preparata convenientemente la donna alla operazione, se non si prolunga di troppo l'operazione, se non si allarga troppo la breccia vaginale e se si tiene sostenuto il bacino della operata nei primi giorni susseguenti alla operazione. Anche durante lo sforzo di vomito le pareti vaginali si addossano a modo di valvola ed i genitali esterni ancor' essi se non sono divaricati artificialmente si oppongono all' abbassarsi della vagina.

Cura consecutiva. — Non vi è molto accordo a riguardo della cura consecutiva. È riconosciuto in generale necessario tenere elevata la temperatura della camera dell' operata, tenere alto il bacino, nei primi dì alzare la testa del letto, nei giorni successivi ripetere il cateterismo con regolarità, sostenere le forze della donna con adatto dietetico, calmare le sofferenze ed il vomito coll'oppio e colle iniezioni sottocutanee di morfina. Il vomito e la sete difficilmente mancano e sono fenomeni disgustosi. Olshausen consiglia di esaminare già poche ore dopo l'operazione se il drenaggio funziona bene e, se la temperatura non oltrepassa i 38°, di non fare irrigazioni. Per fare irrigazioni nel peritoneo conviene introdurre un tubo di gomma nel tubo di vetro; se il tubo da drenaggio è di gomma ed esce dai genitali è più facile dentro il medesimo portare l'irrigazione nel peritoneo ma è anche facile entraria, per questo consiglio l'immersione nell'acqua; la legatura deli l'estremità del tubo toglie al medesimo la facoltà di funzionare. Il mezzo migliore di irrigazione e di aspirazione è una siringa di vetro di grosse proporzioni. La soluzione deve essere calda da 37°-40° (acido fenico 1 ½ per 0/0, acido borico 4-6 per 0/0,

tymol 30 per 0/0, acido salicilico 3 per 0/0). L'acido fenico espone alla intossicazione carbolica, osservarono fenomeni di questa Olshausen e Caselli, credo che sia per errore che nella storia della prima operazione di quest'ultimo si trova indicato che furono fatte irrigazioni nel peritoneo con acqua fenica al 10 per 0/0 (?). Durante la irrigazione se non avviene il reflusso del liquido si manifestano subito fenomeni di sofferenza peritoneale che cessano appena si smuove l'estremo inferiore del tubo in modo che funzioni o appena si faccia funzionare la siringa come aspiratore. È bene fare le irrigazioni ed il cateterismo sotto a nebbia fenica e prima di fare il cateterismo lavare l'apertura dell'uretra con fiocco di cotone e acqua fenica.

Questa pratica io uso sempre nei cateterismi delle gravide e delle partorienti e delle puerpere; specialmente in queste ultime è necessario usare la accennata precauzione. Se si facesse la cucitura completa del peritoneo si possono fare irrigazioni vaginali frequenti o continue. Accanto al drenaggio peritoneale si può mettere un tubo che peschi solo in vagina se si lascia aperto il peritoneo, per far refluire più facilmente da questa il liquido niettato nel peritoneo in parte sceso in vagina.

Accidenti secondarii. — La peritonite vuolsi curare precipuamente colle irrigazioni disinfettanti. Stark al terzo dì riaprì la breccia peritoneale per lavare il peritoneo e la donna stette subito meglio. Essendo poi stato legato l'uretere ed essendovi fenomeni di sofferenza renale, estirpò il rene col metodo Simon; ebbe di questa operazione la guarigione *per primam,* e anche del resto la donna guarì; dopo tre mesi nessun segno di recidiva. L'estirpazione del rene per ferita dell' uretere fu pure fatta prima da Spiegelberg durante l'operazione che fu solo prolungata di dieci minuti. La donna guarì. Il tubo da drenaggio in un caso di Bardenheuer diè luogo ad una fistola stercoracea e non avvenne la morte e non venne pure in caso di ferita della vescica con successiva fistola (caso di Bottini). Il tubo da drenaggio è bene sia tolto intorno al quarto giorno. L'emorragia secondaria vuole un pronto intervento per cercare i vasi che danno sangue e legarli, se il sangue proviene dai nodi giovano, per rintracciarli, i fili lasciati in vagina. Se il sangue viene dalla vagina si può ricorrere alle pinz emostatiche. Il trattamento della breccia alla maniera die Schröder rende le emorragie meno facili. Leopold perdette una

operata per emorragia mestruale dell'ovaio; nella sezione necroscopica della mia operata trovossi un piccolo focolaio apopletico; è pertanto ben fatto operare dopo trascorso il periodo mestruo e fors'anco, nei periodi successivi, fare una derivazione sul tubo intestinale o sui reni o sulla pelle.

Recidiva. — La recidiva del male pel quale si è fatta la esportazione dell'utero è una questione di grandissimo peso. Olshausen asserisce che non c'è da farsi illusioni a questo riguardo. Colomiatti nel lavoro citato impaurisce gli operatori per la stessa ragione. Bardenheuer tronca la questione col dire che se anche le pazienti guadagnassero qualche anno o qualche mese di vita vi sarebbe già vantaggio dalla operazione. Mo giustamente si preoccupa del grave pericolo che si fa correre alla ammalata coll'operazione.

Nel maggior numero delle operate la recidiva del cancro comparve in un tempo variabile da sei a dodici settimane; lo stesso avvenne nella esportazione addominale fatta da Spiegelberg per sarcoma. Una operata di von Teuffel un anno ed un quarto dopo era ancora scevra da recidiva, tutte le operate del Bottini sono ancora scevre da recidiva e godono buona salute, e la prima operazione fu fatta sono quindici mesi. Assai minori sarebbero i casi di recidiva quando le ammalate chiamassero assai per tempo l'aiuto dell'arte, e mi associo a quanto scrisse il Prof. Bottini su questo riguardo facendo voti che i medici stessi non perdano un tempo prezioso con mezze misure nella cura di incipienti neoplasie infettanti. La difficoltà del diagnostico nei primordii della neoplasia solo il microscopio può risolverla e se l'esame istologico è fatto da uno specialista anatomo-patologo il suo responso tien luogo di consulto scientifico, indispensabile quando si sta per intraprendere un atto operativo così grave in un tempo in cui il diagnostico clinico è ancora irto di difficoltà e in cui la malattia non ha fatto ancora sentire la sua influenza sulla malata in modo da intendere la ragionevolezza dell' atto al quale si vuol sottoporre; per cui si conviene nel proponente una convinzione profonda della necessità del medesimo.

Statistica. — Non v' ha alcuno che dia un valore assoluto alla statistica delle gravi operazioni. Dei casi ad esito favorevole non si conosce sempre bene il procedimento operatorio o la indica-

zione, l'andamento ulteriore o l'esito finale lontano. Molti casi ad esito infausto non si conoscono; mentre se l'esito è tale solo perchè è ancor esso un esito possibile della operazione, non vi ha ragione per trattenersi dal pubblicare la narrazione del caso; facendolo, oltrecchè si rende omaggio al vero ed ai colleghi, si aumenta il patrimonio della esperienza comune a vantaggio degli ammalati.

Ma se la statistica ha un valore solamente relativo, ha pur sempre un valore, ed ecco cosa risponde in riguardo ai risultati della esportazione dell'utero per la via della vagina.

Le operazioni *delle quali fu fatta pubblicazione* ascendono, da quella di Czerny (1879) alla mia, a 62, come risulta dal seguente elenco. Da private informazioni avute dal Dott. A. Ferrari, tornato testè dalla Germania, mi risulta che Olshausen e Billroth fecero altre operazioni dopo quelle da me computate, ma non furono ancora fatte conoscere al pubblico, epperciò io di proposito non ne tengo conto.

Estirpazioni dell'utero per la via della vagina.

Operatori in ordine alfabetico	Operate	Guarite	Morte
Bardenheuer (1), Köln	1	—	1
Baum (2), Danzig.....	4	2	2
Billroth (3), Wien	7	4	3
Bompiani (4), Roma.....	1	—	1
Bottini (5), Pavia	3	3	—
	—	—	—
A riportarsi N.	16	9	7

(1) *Olshausen's Zusammenstellung in Berliner Klinische Wochenschrift,* 1881, N. 35.

(2) *Ueber die Radicalheilung des Gebärmutterkrebses durch Totalextirpation des Uterus von der Scheide aus. Berliner Klinische Wochenschrift,* 1880, N. 46.

(3) Mikulicz. *Ueber die Totalextirpation des Uterus (Wiener medicinische Wochenschrift,* 1880, N. 47, 48, 52; 1881, N. 2, 4, 8, 9.

(4) *La prima completa esportazione dell'utero attraverso la vagina con il processo di Billroth.* (*Gazz. medica di Roma,* anno VII, N. 6, 1881).

(5) *Collezione italiana di letture sulla Medicina,* diretta dal Prof. G. Bizzozero, Vol. I, N. 9. *La estirpazione totale dell'utero dalla vagina,* pel Prof. E. Bottini. Milano, 1881.

Operatori in ordine alfabetico	Operate	Guarite	Morte
Riporto N.	16	9	7
Calderini (1), Parma	1	—	1
Caselli (2), Reggio-Emilia..	3	2	1
Czerny (3), Heidelberg	1	1	—
Hofmeier (4), Berlin	1	1	—
Kaltenbach (5), Freiburg..	1	1	—
Kehrer (6), Giessen	1	—	1
Lane (7), S. Francisco	1	1	—
Martin A. (8), Berlin.....	11	7	4
Novaro (9), Torino.....	1	—	1
Olshausen (10), Halle	6	6	—
Raffa (11), Rovigo.....	1	—	1
Schede (12), Hamburg	2	—	2
A riportarsi N.	46	28	18

(1) *Gazzetta delle Cliniche di Torino,* N. 21, p. 336, Notizie, 1882. *Annali di Ostetricia, ginecologia e Pediatria,* Vol. IV, Milano 1882.

(2) *Raccoglitore medico,* p. 290, 1881. — *Estirpazione totale dell'utero per la via della vagina.* — *Annali di Ostetr., Gin. e Ped.,* Vol. III, p. 275, 1881. — *Annali di Ost., ecc.,* dicembre 1881, Notizie, p. 758.

(3) *Ueber die Ausrottung des Gebärmutterkrebses.* — *Wiener Medicinische Wochenschrift,* 1879, N. 45-49 e *Centralblatt f. Gyn.,* 1880, N. 7, p. 152.

(4) Vedi tabella nel libro: *Operative Gynakologie* von Hegar-Kaltenbach, 1881, p. 409.

(5) *Total Uterusextirpation von der Scheide aus. Centralblatt für Gynäkologie,* 1880, N. 11.

(6) *Beiträge zur klinischen und experimentalen Geburtskunde.* Giessen, 1879

(7) Lane (S. Francisco). *Pacific. med. and surg. Journal,* 1880, april, e *Centralblatt f. Gyn.,* N. 21, 1880.

(8) *Ueber vaginale Uterusextirpation.* — *Berliner Klinische Wochenschrift,* 1881, N. 19, e C. J. Müller: *Ueber die Extirpatio Uteri vaginalis.* — *Deutsche medichinische Woch.,* 1881, N. 10 e 11.

(9) *Esportazione dell'utero in toto dalla vagina per sarcoma diffuso del collo e del corpo dell'utero.* Elenco delle operazioni eseguite dal Dott. C. F. Novaro nel mese di febbraio 1881. — *Gazz. delle Cliniche,* N. 10, p. 160. — Nella nota del Prof. V. Colomiatti.

(10) *Ueber Totalextirpation des Uterus nach zehn eigenen fällen* (worunter vier nach *Freund*), *Berl. Klin. Woch.,* 1881, N. 35 e 36.

(11) *Alcune osservazioni di ginecologia operativa.* Arturo Raffa, *Annali di Ostetr.,* 1882, p. 320 e 333.

(12) V. Tabella nell'opera: *Operative Gynäkologie* von Hegar-Kaltenbach, 1881, p. 409.

Operatori in ordine alfabetico	Operate	Guarite	Morte
Riporto N.	45	28	18
Schröder (1), Berlin	8	7	1
Stark (2), Danzig	1	1	—
v. Teuffel (3), Stuttgart...	7	4	3
	—	—	—
TOTALE N.	62	40	22

Dall'esposto elenco risulta che la guarigione degli effetti della operazione si ottenne 40 volte (64,51 %); la morte, in seguito all'operazione o per la medesima o per le conseguenze immediate, 22 volte (35,48 %), e si ottenne perciò più dei $^3/_5$ successi.

Per quanto mi fu dato raccogliere, le cause delle morti furono: 3 volte il colasso, 3 o colasso o acuta setticemia ovvero entrambe le cause insieme, 2 volte la setticemia acuta, 7 volte la peritonite settica, 1 volta l'emorragia, 1 volta peritonite ed anemia. In cinque casi non è nota la causa della morte.

Le indicazioni furono 49 volte il carcinoma dell'utero o l'epitelioma, 3 volte la degenerazione adenomatosa della mucosa dell'utero con forti emorragie, 2 volte prolasso uterino incurabile altrimenti, 1 volta retroflessione dell'utero aderente, mioma uterino con profuse emorragie, 2 volte il sarcoma dell'utero. In 5 casi la indicazione non è nota.

In 3 casi fu ferita la vescica, in 1 caso fu ferito il retto, in 1 caso fu ferito l'uretere. In questi due casi, la cagione fu l'aderenza anormale dei detti organi per diffusione della neoplasia.

Fu lasciato aperto il peritoneo e praticato il drenaggio in 46 casi (Czerny 1, Baum 4, Martin 11, Billroth 6, Schröder 7, Bardenheuer 1, Olshausen 6, von Teuffel 1, Bompiani 1, Bottini 3, Caselli 3, Raffa 1, Calderini 1). Fu chiuso completamente in 8 casi, in 7 colla cucitura (Kaltenbach 1, von Teuffel 6) ed in 1 caso

---

(1) *Bericht über die* 53 *Naturforscher-und Aersteversammlung in Danzig.* — *Centralblatt für Gynäkologie*, 1880, N. 21, e *Archiv für Gynäkologie*, 16 Bd., p. 479, 1880.

(2) *Fall von vaginaler Totalextirpation des carcinomatosen Uterus. Wegnahme eines Stückes des erkrankten Ureter. Nachfolgende Extirpation der entsprechenden Niere. Heilung.* — *Berliner klin. Woch.*, 1882, N. 12.

(3) *Archiv für Gynaekologie*, 19 Bd. 1882, p. 106. HEIDLEN. *Zur Frage der Totalextirpation des Uterus* (sono riferite le sette osservazioni di v. Teuffel).

(Billroth) coll'avvicinamento degli orli della breccia peritoneale col trapasso di ansa di filo. Quando fu fatta la cucitura, per lo più furono tolti i fili alla fine della prima settimana, ponendo la donna decumbente sopra un fianco. Non si sa come fu trattata la breccia in 8 casi.

Delle operate nelle quali si lasciò aperta la breccia, sono morte 17 su 46: per peritonite settica 6, per colasso 3, per acuto sepsis e colasso 3, per emorragia secondaria 2, per peritonite ed anemia 1. Per causa non potuta scoprire 1, per causa non nota 1. Degli 8 casi in cui fu chiuso il peritoneo o con esatta cucitura (7 casi) o col metodo di Mikulicz (1 caso) sono morte due operate (v. Teuffel) per acuta sepsis.

Cenno storico. — La fase moderna della esportazione dell'utero per la via dell'addome comincia dal gennajo 1878 per opera di W. Freund, il quale in seguito a lunga preparazione mediante esperimenti sul cadavere operò la esportazione dell'utero canceroso con metodo speciale (1). Anche Henning aveva esportato l'utero canceroso in totalità e insieme l'ovajo sinistro nel 1876, ma con metodo meno conforme ai principii della moderna chirurgia (2), tuttavia la donna guarì. Delle operazioni fatte prima, parte non sono affatto vere, parte si riferiscono ad errori e parte furono eseguite in modo che l'operatore stesso non sapeva bene che parte di utero avesse esportato.

In Italia la fase moderna della operazione medesima si riferisce ai nomi di Landi, De Cristoforis, Frattina, Bottini, Peruzzi, Marcacci, D'Antona, Novaro, e di altri, dai quali, come giustamente osserva il Mo, si attendono i particolari dell'atto operativo e delle successioni morbose e la causa ragionata dell'esito nei casi in cui fu infausto. E tale fu pur troppo, per quanto io mi sappia, in tutte le operazioni fatte. Ben altra fortuna si ebbe la operazione Porro sorta pure nel 1878, che è una modalità di laparoisterotomia sopravaginale applicata al taglio cesareo. Freund, in una delle sue pubblicazioni (3), accennò alla possibilità di unire nel caso di can-

---

(1) W. A. Freund (Breslau). *Eine neue Methode der Extirpation des ganzen Uterus.* (*Sammlung klin. Vorträge,* N. 133).

(2) *Extirpatio Uteri cancrosi totalis.* (*Allgem. Wiener med. Zeitschr.,* N. 39, 1876).

(3) *Centralbl. f. Gyn.,* N. 12, 1878, p. 268.

cro dell'utero complicante la gravidanza la sua operazione con quella di Porro e Spenser-Wells nell'autunno scorso mise in pratica la proposta (1) in donna gravida al sesto mese affetta da carcinoma dell'utero. La legatura dei legamenti larghi fn fatta con seta, la emostasia temporanea coi klemmer; fu cucito il peritoneo. La donna guarì. È bene notare però che in questo caso l'operazione non fu punto fatta nell'interesse del feto, scopo il più ordinario del taglio cesareo.

Ho toccato a bello studio della fase moderna della esportazione dell'utero dal lato dell'addome, perchè precedette la fase moderna della esportazione per la via della vagina. Di quest'ultima operazione conviene accennare alle antecedenze storiche.

Monteggia nel 1794 suggerì e Marshal di Strasburgo eseguì la estirpazione dell'utero per la via della vagina nel modo che descrive Ceccarelli (loc. cit.). Langenbeck sen. praticò l'operazione nel 1813 credendo di poter riuscire a farla per enucleazione di sotto al peritoneo; Paletta eseguì l'operazione in discorso nel 1817, Sauter nel 1822 (2), Recamier nel 1829 (3), Delpech nel 1830 (4), Sauter e Recamier operavano la vera esportazione dell'utero dividendo il fornice vaginale anteriore ed il peritoneo corrispondente legando i legamenti larghi, facendo eseguire al viscere il capitombolo e distaccandolo dalle sue aderenze. Telemaco Caselli, padre del prof. Azzio, operò nel 1845 (5), Blessich nel 1873 (6), e nella narrazione del suo caso cita operazioni analoghe eseguite per utero inverso da Casati, da Martino Barba, da De-Cristoforis. Il professor G. Corradi operò nel 1876, pure per utero inverso affetto però anche da sarcoma (7), Il dott. Chiarleoni, allora consulente di Santa Corona in Milano, ora professore di ostetricia nella Scuola pareggiata di Ostetricia di Vercelli, estirpò nel 1879 l'utero canceroso in totalità immediatamente dopo il parto, previo rovesciamento eseguito artificialmente (8). È singolarissimo

---

(1) *Brit. med. Journal,* 1881, 29 octob., p. 714.

(2) *Die ganzliche Extirpation der carcin. Gebärm. Costanze,* 1882.

(3) *Sur l'ablation de l'uterus cancereux.* (*Revue méd.,* p. 193, 1830).

(4) *Mem. sur l'ablat. de l'uterus.* (*Memorial des Hôpiteaux du Midi,* T. II, p. 605, 1830).

(5) *Annali di Ostetricia, Gin.,* ecc., V. III, p. 257 e seg., 1881.

(6) *Isterotomia per utero inverso.* Forlì, 1875.

(7) *Della estirpazione parziale e totale dell'utero,* del Dott. A. Ceccarelli (*Sperimentale,* luglio 1881, p. 178-288).

(8) *Gazzetta medica italiana, Lombardia,* 4 ottobre 1879.

il caso di strappamento dell'utero operato per inavvertenza da una levatrice del piacentino in una donna partoriente che guarì, e che fu illustrato dal prof. G. Rossi di Parma (1). È ancora degno di nota che Lane, prima di fare l'operazione che figura nella statistica di questo lavoro, ritentò nel 1878 la enucleazione dell'utero di sotto al peritoneo in donna di 35 anni affetta da epitelioma della cervice, dissecò sulla guida del dito, mediante le forbici, l'utero dalle sue connessioni, sempre rispettando il peritoneo (?), legò circa 12 vasi, incise le tube ed enucleò l'utero. Esperimentò sul cadavere e confessa che se il peritoneo è sano, non riesce possibile staccarlo dal fondo a meno di fare una diligentissima dissezione collo scalpello anatomico. Nella sua operata lasciò in posto una spugna per tre giorni e la donna guarì.

La fase moderna della esportazione dell'utero per la via della vagina comincia con Czerny (1879) e con Billroth.

La fase moderna della medesima operazione in Italia fu iniziata da Bompiani, che si inspirò di presenza agli insegnamenti del Billroth; operarono successivamente Novaro, Caselli, Bottini, Raffa, nel 1881; la mia per il momento è l'ultima operazione. L'ordine cronologico, il numero delle operazioni eseguite in Italia e l'esito loro sono indicate nel seguente elenco:

1. A. Bompiani (Roma), 10 gennajo 1881 morta.
2. G. F. Novaro (Torino), 25 febbrajo 1881, morta.
3. A. Caselli (Reggio Emilia), 8 marzo 1881, 1ª morta.
4. E. Bottini (Pavia), 23 marzo 1881, 1ª guarita.
5. E. Bottini (Torino), 23 maggio 1881, 2ª guarita.
6. A. Raffa (Rovigo), 1 agosto 1881, morta.
7. E. Bottini (Pavia), 13 novembre 1881, 3ª guarita.
8. A. Caselli (Reggio Emilia), dicembre 1881, 2ª guarita.
9. » » » » 3ª »
10. G. Calderini (Parma), 14 maggio 1882, morta.

Ecco il sunto delle pubblicazioni fatte intorno alle operazioni accennate nel precedente elenco:

---

(1) Corradi A. *Storia dell'ostetricia in Italia*, p. 1366.

Sunto delle pubblicazioni fatte sulle operazioni eseguite in Italia.

1.ª Il dott. Arturo Bompiani, secondo assistente della Clinica ostetrica e ginecologica e chirurgo sostituto degli Ospedali di Roma, operò col metodo di Billroth la esportazione dell'utero per la via della vagina, nella Clinica ostetrico-ginecologica di Roma, in Emilia M., d'anni 34, affetta da carcinoma del collo dell'utero diffuso alla mucosa del corpo. Incise il fornice vaginale anteriore e non potè fare la lussazione dell'utero col dito, essendo anche l'utero retroverso, perciò aprì il fornice vaginale posteriore, ed anche da questo lato la lussazione riuscì ad uno dei professori presenti mediante l'uncino acuto. Legatura del legamento largo in sei fasci e successivo taglio del medesimo rasente l'utero; a destra il laccio inferiore fu posto da uno dei professori presenti. Terminata la esportazione dell'utero vi fu discreta emorragia frenata con quattro klemmer da altro dei professori presenti. Cucitura delle labbra vaginali con quattro punti di filo d'argento alla Bozmann, drenaggio di vetro grosso quanto un dito, lavatura della vagina con acqua fenicata. La morte avvenne per emorragia e colasso dieci ore dopo l'operazione. La cloroformizzazione fu alquanto incompleta. La storia è seguita da savie considerazioni e da utili proposte. Fu pubblicata nella *Gazzetta medica di Roma,* anno VIII, N. 6, 1881.

2.ª Della operazione del dott. Giacomo Filippo Novaro, chirurgo primario all'Ospedale di San Giovanni in Torino e libero docente di patologia e clinica chirurgica in quella Università, fu pubblicato un cenno sommario nell'elenco mensile delle operazioni che egli pratica nella propria sezione chirurgica, elenco che vien fuori mensilmente nell'*Osservatore, Gazzetta delle Cliniche di Torino*, e trovasi nel N. 10 dell'anno 1881, a pag. 160, col numero 9: « *Esportazione dell'utero in toto dalla vagina* per sarcoma diffuso del collo e del corpo dell'utero in certa G. Teracina, di anni 44. L'operazione fu fatta il 25 febbrajo 1881 e durava un'ora e mezza. La paziente era molto debole e moriva il giorno dopo, trent'ore dopo l'operazione, per esaurimento ».

3.ª 8.ª 9.ª La *prima* operazione del Dott. Azzio Caselli, allora chi-

rurgo operatore dell' Ospedale di Santa Maria Nuova di Reggio Emilia, ora professore ordinario di chirurgia operativa nell' Università di Genova, fu accennata prima nel *Raccoglitore medico* di Forlì, 1881, p. 290, e pubblicata dall'autore stesso negli *Annali di Ostetricia*, ecc., 1881, p. 275, col titolo: *Estirpazione totale dell'utero per la via della vagina.* L'operazione fu fatta nell'Ospedale di Reggio in Verrani Giuditta, donna d'anni 34, affetta da epitelioma papillomatoso del collo dell'utero diffuso al corpo (1). Fu esportato parte del tumore coll'ansa galvanica. La dilatazione dei genitali fu fatta collo *speculum* di Corradi e mediante incisione della forcella. L'operazione fu fatta sull'utero in sito non potendolo abbassare abbastanza per mancanza di presa sul collo. Fu inciso il fornice vaginale posteriore perchè una duplicatura di vagina copriva l'anteriore. Fu lasciato aderente al collo un lembo di vagina che servì a tirare innanzi il collo. Il capitombolo posteriore fu fatto mediante ripetute applicazioni di uncini. La legatura dei legamenti larghi fu fatta in tre fasci col klemmer modificato dall'operatore, per modo che serve a portare anche il filo. Prima di legare la base del legamento largo fu fatta la dissezione del fornice vaginale anteriore, e la legatura fu fatta mediante cordoncini stretti da due serranodi di Köberlé. Le altre legature furono fatte all'esterno del klemmer; la sezione del legamento largo fu fatta all'interno. Esportato l'utero, fu posto un tubo da drenaggio a U; irrigazioni vaginali e peritoneali con acido fenico in soluzione del 10 per cento (?). La donna morì al decimo giorno. I lacci erano caduti; si trovò un ovajo, il sinistro, sede di ascesso, rottosi nel peritoneo; la S iliaca del colon aderiva alla breccia. La morte venne per peritonite e pleurite purulenta. La narrazione è seguita da importanti considerazioni.

La *seconda* e la *terza* operazione eseguita dallo stesso, furono annunziate negli *Annali di Ostetricia, ecc.,* 1881, p. 750, colle seguenti parole: « Gli ultimi due (casi di estirpazione totale dell'utero) furono operati dal prof. Azzio Caselli di Reggio. Ambedue le operate, prontamente e completamente guarite, abbandonarono già l'Ospedale (dicembre). »

Seppi per cortesia dell'operatore stesso che tra poco verranno pubblicate le due storie, che riesciranno interessantissime e che non

---

(1) L'esame istologico fu pure fatto dal prof. Foà di Modena.

furono pubblicate prima per aver tempo di constatare se fosse avvenuta o meno la recidiva.

4.ª 5.ª 7.ª Le due prime operazioni del prof. Enrico Bottini, direttore della Clinica chirurgica operativa della Università di Pavia, furono pubblicate dall'operatore stesso nel N. 9, Vol. I, della *Collezione italiana di letture sulla Medicina*, 1881.

La *prima* fu eseguita nella Clinica in Sassi Carolina, donna di anni 36, affetta da cancro midollare del fondo e corpo uterino. Fu seguito il metodo Czerny-Recamier con poche varianti. Fu inciso il fornice vaginale anteriore; il capitombolo fu eseguito allo innanzi coll'uncino inguainato. Per la legutura dei legamenti larghi usò lunghe pinze a morso di coccodrillo per frenare la emostasia dal lato dell'utero; perciò legò e tagliò dal lato esterno. Staccò il fornice vaginale posteriore colle forbici, pose un tubo da drenaggio di gomma con un pezzo in traverso coi capi pescanti in vagina; raccolse i fili delle legature e li tirò fuori della vagina, pose in questa, dopo la disinfezione, cotone all'acido salicilico. Sconsiglia di ripetere questa pratica, consiglia il tubo di vetro. Trovò utili per l'emostasia e le legature perdute delle pinze lunghe. Lavature in seguito col triclorfenolo. I lacci cominciarono a cadere in decima giornata e la donna si alzò da letto in diciassettesima e guarì.

La *seconda* fu eseguita in Torino sulla signora B. C. affetta da epitelioma iperplastico della cervice uterina (l'esame istologico fu fatto dal Prof. Bizzozero). Fu tolto coll'ansa galvanica il tumore formato dal collo previa disinfezione della vagina, fu poscia aperto il fornice vaginale anteriore. Il resto decorse come nella prima operazione, drenaggio di gomma reciso a livello dei genitali esterni. Nella cura consecutiva che fu diligentissima: cateterismo ogni 4 ore, cambio di letto ogni 12, irrigazioni al tymol due volte al giorno nel peritoneo e nella vagina. L'operata ebbe appetito sempre vivo. In 12ª giornata si staccarono i fili, in 18ª l'operata lasciò il letto.

Due disegni rappresentano gli uteri esportati. Le due osservazioni fanno parte della memoria che tratta in modo magistrale la *esportazione dell'utero dalla vagina.*

La *terza* operazione dello stesso fu eseguita nella Clinica chirurgica operatoria di Pavia e venne narrata dal Dott. Arturo Guarneri, primo assistente della Clinica medesima, nella *Gazzetta*

degli Ospitali del 12 febbraio 1882, N. 13. Fu fatta in tale Romano Rosa d'anni 40 per carcinoma del corpo dell'utero. Fu aperto il fornice vaginale anteriore e sebbene la dissezione era stata fatta colle dita fu tuttavia offesa la vescica. Il capitombolo riuscì difficile e fu eseguito come negli altri casi coll'uncino doppio acuto a guaina mobile. Fu difficile l'isolamento dell'utero e le legature furono tutte *perdute* ed eseguite col catgut confezionato all'acido cromico. Lavatura della vagina colla soluzione borica, cucitura della lacerazione vescicale con punti di catgut. Drenaggio di vetro pieno di cotone alla Hegar. Cura come nei casi precedenti, al 4° giorno viene tolto il tubo da drenaggio, al 20° giorno fu fatta una cauterizzazione galvanica per chiudere il foro fistoloso della vescica. Nelle epoche mestruali la donna soffriva solamente un senso di peso al basso ventre ed alla regione lombare. La donna guarì, rimase solo un piccolo foro fistoloso; malanno che se non guarirà spontaneamente è assai meno grave della malattia per la quale fu fatta la operazione.

Dalle informazioni gentilmente avute dallo stesso Prof. Bottini mi risulta che ancora oggidì le tre operate stanno bene e non presentano alcun indizio di recidiva. Questa circostanza aggiunge un valore grandisimo a quello già grande dei successi ottenuti in tutte tre le operazioni dell'illustre chirurgo italiano.

6.ª L'operazione del Dott. Arturo Raffa, chirurgo primario dell'Ospedale di Rovigo, fu eseguita in quell'Ospedale. La descrizione comparve testè negli *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1882, pag. 333. Fu fatta in tale P. L. di anni 51 per epitelioma del collo e del corpo dell'utero. Fu inciso il fornice anteriore e fu aperto il peritoneo casualmente e fu intrapreso il capitombolo mediante uncini senza avere prima allargata la breccia, il che fu fatto col bistori; dopo di che il capitombolo riuscì facile. Legò la tromba separatamente, poi i legamenti coi vasi ovarici e tagliò senza che avvenisse emorragia. Incise il fornice vaginale posteriore sulla guida dell'unghia dell'indice portato dentro al fornice medesimo. Portò i lacci con ago smusso nella breccia posteriore e pose i lacci inferiori, poi isolò l'utero colle forbici; comparve tosto abbondante emorragia per caduta del 3° laccio di destra; trasse in basso la vagina e con una pinza Péan frenò la emorragia data dall'arteria uterina. Esportò con serranodi ed escisione un nodo canceroso della vagina. Drenaggio di gomma a U co-

tone coll'acido salicilico in vagina e catetere in vescica. La donna dopo la operazione era assai prostrata. Furono fatte frequenti irrigazioni fenicate nel tubo da drenaggio che fu cambiato in 2ª giornata, nel tempo stesso furono tolte le pinze e fu tolto il serranodi. La donna soccombette in 4ª giornata per peritonite settica diffusa da peritonite pelvica flemmonosa, come mostrò la sezione. L'operatore si propone di seguire in avvenire modi diversi ed accenna a taluni che in realtà furono già proposti da altri.

10.ª La mia operazione fu annunziata, in un coll'esito, dal Dott. Ettore Truzzi, assistente dell'Istituto ostetrico-ginecologico di Parma, nella *Gazzetta delle Cliniche di Torino*, anno 1882, N. 21, pag. 336, colla data 20 maggio. Nel tempo stesso fu promessa la pubblicazione della storia del caso. Alla promessa soddisfo con questo scritto.

I successi ottenuti in Italia colla esportazione dell'utero per la via della vagina sebbene assai più favorevoli di quelli ottenuti col metodo addominale, lo sono meno di quelli ottenuti fuori d'Italia, essendo solo 5 su 10 operazioni ed appartengono a solo due operatori, al Prof. Bottini, che ebbe tre successi sopra tre operazioni ed al Prof. Caselli che ebbe 2 successi sopra 3 operazioni. Sono dolente che il caso mio sia venuto ad aumentare il numero degli insuccessi nel nostro paese. Però le prove fatte in Italia sono ancora poche; il lavoro che già fu fatto serva di utile preparazione per l'avvenire e non mancheranno risultati migliori. Faccio voto pertanto che i colleghi insistano sulle prove, e se trovo giusto che si debbano condannare i tentativi sconsiderati che gli autori stessi nascondono nel silenzio per schivare una severa critica, sono d'avviso che non si debbano condannare preventivamente o in seguito agli insuccessi dei primi tentativi le imprese chirurgiche pensate e ragionate e gli esperimenti clinici a base scientifica, diretti allo scopo umanitario di trovare rimedio ad un malore spietato che ancora ai dì nostri è superiore alle risorse dell'arte.

Se con un'opera preceduta dallo studio di quanto fu fatto dianzi dai colleghi, in tempi vicini o nelle età passate e colla guida dell'ardente desiderio di giovare ad un nostro simile che sta per cadere in miserando stato, e se coll'esporsi fiducioso di questi al pericolo di sacrificare qualche mese di vita, con sofferenze assai minori di quelle prodotte dalla inesorabile crudeltà del morbo,

si riuscisse a strappare al medesimo qualche vittima, io credo che l'arte salutare avrebbe già motivo di discreta soddisfazione.

È pertanto obbligo di tutti e specialmente dei sanitari mettere gli operatori ed i malati nelle condizioni di esperire a tempo opportuno i soccorsi dell'arte.

Parma, 18 *giugno* 1882.

CENNO BIBLIOGRAFICO

DEI LAVORI CHE TRATTANO IN MODO ESTESO

della esportazione totale dell'utero per la via della vagina

V. Czerny (Heidelberg). *Ueber die Ausrottung des Gebärmatterkrebses. Wiener med. Wochenschr.*, 1879, pag. 45-49.

I. Mikulicz (*Klinik Billroth Wien*). *Ueber die Totalextirpation des Uterus. Wiener med. Wochenschrift*, 1880-81, N. 47 e seg.

W. A. Freund (Strassburg). *Gedankengang der Eröfnungsrede über Totalextirpation des Uterus.* — Congresso medico internazionale di Londra 1881. *Centralb. f. Gyn.* 188, N. 47 e seg.

R. Olshausen (Halle). *Ueber Totalextirpation des Uterus nach zehn eigenen Fällen. Berliner Klin. Wochenschr*, N. 35-36, 1881.

A. Bompiani (Roma). *La estirpazione dell'utero per la vagina. Gazzetta med. di Roma*, anno VI, N. 22, 1880.

— *La prima completa estirpazione dell' utero attraverso la vagina con il processo di Billroth. Gazz. medica di Roma*, Anno VII, N. 6, 1881.

A. Ceccarelli (Firenze). *Sulla amputazione parziale o totale dell'utero. Lo Sperimentale*, agosto 1881, pag. 184 e 288.

E. Bottini (Pavia). *La estirpazione totale dell'utero dalla vagina. Collezione italiana di Letture sulla Medicina.* Milano 1881, settembre.

G. Mo. (Torino). *L' amputazione parziale e totale dell'utero.* Prelezione al corso libero di chirurgia. *Gazz. delle Cliniche*, 1882, N. 2-4-5-6.

R. Heidlen (Stuttgart). *Zur Frage der Totalextirpation des Uterus. Archiv. für Gyn.* Bd. XIX. I. Hft. 1882.

L'OPERAZIONE DI PORRO IN ITALIA

dal maggio 1876 al maggio 1882

Dati statistici.

Riassumiamo in uno specchietto i casi di amputazione utero-ovarica a complemento del taglio cesareo, eseguiti in Italia e pervenuti a nostra conoscenza, nei sei anni 1876-1882.

1876	1. Porro, Pavia	—	madre	guarita,	feto	vivo
1877	2. Inzani, Parma	—	»	morta,	»	vivo
»	3. Previtali, Bergamo	—	»	morta,	»	morto
»	4. Chiara, Milano	—	»	morta,	»	vivo
1878	5. Franzolini, Udine	—	»	morta,	»	premorti
»	6. Chiara, Milano	—	»	morta,	»	vivo
»	7. Tibone, Torino	—	»	morta,	»	vivo
»	8. Perolio, Brescia	—	»	guarita,	»	vivo
»	9. Chiara, Milano	—	»	guarita,	»	vivo
»	10. Previtali, Bergamo	—	»	morta,	»	morto
1879	11. Tibone, Torino	—	»	morta,	»	vivo
»	12. Coggi, Cremona	—	»	morta,	»	vivo
»	13. Tibone, Torino	—	»	morta,	»	vivo
»	14. Peyretti, Torino	—	»	morta,	»	vivo
»	15. Previtali, Bergamo	—	»	morta,	»	morto
»	16. Berruti, Torino	—	»	guarita,	»	vivo
»	17. Mangiagalli, Milano	—	»	guarita,	»	vivo
»	18. Chiara, Milano	—	»	guarita,	»	vivo
1880	19. Previtali, Bergamo	—	»	morta,	»	morto
»	20. Valtorta, Venezia	—	»	morta,	»	morto
»	21. Chiarleoni, Milano	—	»	morta,	»	vivo
»	22. Mangiagalli, Milano	—	»	guarita,	»	vivo
»	23. Cuzzi, Modena	—	»	morta,	»	vivo
»	24. Omboni, Cremona	—	»	morta,	»	vivo
»	25. Peruzzi, Lugo	—	»	guarita,	»	vivo

1880	26. Ramello, Torino	— madre	guarita,	feto premorto
»	27. Pasquali, Roma	— »	morta,	» vivo
»	28. Tibone, Torino	— »	morta,	» morto
»	29. Camminiti, Messina	— »	guarita,	» vivo
»	30. Cataliotti, Palermo	— »	guarita,	» vivo
1881	31. Parona, Novara	— »	morta,	» vivo
»	32. Olivieri, Napoli	— »	morta,	» vivo
»	33. Nicolini, Pavia	— »	guarita,	» vivo
»	34. Negri, Milano	— »	guarita,	» vivo
»	35. Calderini, Parma	— »	morta,	» premorto
»	36. Chiara, Milano	— »	guarita,	» vivo
1882	37. Morisani, Napoli	— »	morta,	» estr. vivo
»	38. Dozzi, Livenza	— »	morta,	» morto subito dopo.

A questi 38 casi se ne dovrebbero aggiungere ancora due, e cioè: uno appartenente al prof. Pasquali di Roma e che trovò indicazione in un caso di rottura completa dell'utero con passaggio del feto nel cavo addominale (fu pubblicato in questi *Annali* nell'anno 1881 dal dott. Bompiani); il secondo avvenuto nel maggio u. s. in Brescia e del quale ci sono affatto ignoti il nome dell'operatore, e la indicazione: sappiamo solo che la operata moriva qualche ora dopo.

Finalmente, ma a nostro parere ingiustamente, si può mettere nell'elenco il caso di Fornari, che procedeva alla amputazione utero ovarica per rottura dell'utero, dopo aver già estratto il prodotto del concepimento per le vie naturali.

Prescindendo da questi ultimi casi, troviamo nel corso dei sei anni 1876 (maggio) - 1882 (maggio), che l'atto operativo fu praticcato 38 volte. Non computando i bambini, lo stato di qualcuno dei quali non è ancor noto quale fosse al momento dell'atto operativo, diamo uno sguardo all'esito avutosi per le madri.

Operate		38
Guarite. . . .	14	38
Morte	24	

Il che equivale al dire che su cento operate solo 36,9 conseguirono

la guarigione, mentre 63,1 incontrarono la morte. Se pensiamo poi che delle 14 guarite *sei appartengono ad otto casi operati alla Maternità di Milano,* troviamo assai sconfortante il risultato finale avutosi in Italia.

In uno dei prossimi numeri faremo consimile lavoro per i casi stranieri pervenuti a nostra conoscenza.

Dott. P. Negri.

RASSEGNA

Bibliografia.

I. Thiriar. — De l'ovariotomie antiseptique considérée surtout au point de vue du traitement du pédicule et de la plaie abdominale, ainsi que de l'étude physiologique et patologique des accidents dus aux lésions nerveuses (Bruxelles, chez la veuve Manceux, 1882).

Parte prima. — *Cenni storici - statistica e pronostico - indicazioni e controindicazioni - importanza ed utilità della antisepsi nella ovariotomia.*

Lasciando affatto da parte il primo paragrafo di questa prima parte in cui si fa un breve riassunto della storia della ovariotomia, riportiamo qualcuna delle cifre segnate dall' autore al secondo paragrafo, statistica e pronostico.

La statistica del dott. Gallez nel 1870 avrebbe dato un numero complessivo di 2187 operazioni con 1331 guarigioni ed 845 morti, ossia una mortalità del 39 %; aggiungendo però ¼ % per la mortalità (operazioni non compiute o mancanti di particolari) si avrebbero in allora avuti i risultati:

1.° Per le ovariotomie praticate da operatori esercitati, mortalità 43,18 %.

2.° Per quelle fatte da operatori che erano alle loro prime armi, mortalità 63,01 %.

3.° Mortalità generale 49,01 %: circa adunque il 50 %.

Dieci anni dopo la mortalità è scesa al 20 % e tende ancora a decrescere. Una statistica di 2736 casi distribuita come risulta dall'unito specchio, dà la media generale di 74 % di guarigione e solo 26 % di morte.

	Casi	Guarite	Morte	Successi favorevoli
Spencer Wells . .	1000	769	231	75,5
Koeberle	293	218	75	74,5
Clay	250	182	68	72,8
Keith.	229	194	35	84,7
Atlée.	242	162	80	67
Pean	184	140	44	76
Baker Brown . . .	111	76	35	68,4
Boinet	76	48	28	63
Billroth.	76	45	31	50,2
Von Nussbaum . .	117	71	46	64,8
Olshausen.	58	38	20	65,4
Granville-Bantoch .	100	82	18	82
	2736	2025	711	74

A dimostrare poi i progressivi miglioramenti nell'atto operativo riporta la seguente statistica del *Samaritan Hospital* di Londra:

	Casi	Guarite	Morte	Mortalità
Prima del 1868	113	82	31	27,43
Alla fine del 1876 . . .	394	296	98	26,87
Alla fine del 1878 . . .	633	498	135	21,32
Nel 1878 e 1879 . . .	162	137	25	15,43
Nel 1879	86	76	20	11,62
Al 1° ottobre 1880 . .	70	63	7	10

Nota pure che in Italia mentre nella prima centuria la mortalità era del 63 % nella seconda discese al 36 %. In Germania dal 43 dopo l'introduzione del metodo antisettico discese al 18 ed anche al 10 %. Koeberle dal 38 % notato nelle prime 200 scende al 14 % nella terza centuria; così Pean non perde oltre il 10 %. Nell'ultima centuria Spencer Wells non ebbe che 11 morti mentre prima (900 casi) il 17 %, e nell'ultima centuria ebbe perfino 40 casi di seguito guariti.

Keith d'Edimburgo nella sua terza centuria ebbe tre morti con-

tando 67 casi di seguito favorevoli. Il Bantock nelle ultime 25 ebbe 2 morti (8 %).

Passando poi a discorrere delle indicazioni e delle controindicazioni riporta le indicazioni poste da Koeberlé che sono le seguenti: 1° la paziente deve avere una buona costituzione; 2° stato generale soddisfacente; 3° l'indebolimento generale non troppo considerevole; 4° che la malattia sia progressiva e che la vita dell'ammalata sia seriamente minacciata.

L'autore non può accettare tali condizioni perchè altrimenti la ovariotomia avrebbe un campo troppo ristretto; crede invece che le indicazioni e le controindicazioni debbano esser date per la massima parte dallo stato generale, ed assai poco da quello locale; infatti le aderenze, la natura del contenuto della cisti, lo stato del peritoneo non sono ormai controindicazioni assolute all'ovariotomia.

È inutile il soverchio attendere, è dannoso l'aspettare che la vita sia seriamente minacciata: se la cisti è unica a lento svolgimento, a contenuto incoloro e limpido è razionale attendere: ma, anche trattandosi di una unica cisti, se il volume aumenta rapidamente, se ne risultano disturbi nelle funzioni della vita, se il liquido estratto si fa oscuro nelle successive paracentesi, sopratutto se la cisti è multiloculare l'attesa equivale a compromettere ammalata ed atto operativo.

Per queste ragioni accetta piuttosto le conclusioni del Duplay: 1° stabilire una diagnosi rigorosa dopo aver praticato una puntura esploratrice; 2° non ammettere l'operazione precoce: è solo indicata quando per il volume sia diventata di incomodo eccessivo alla paziente, o causa imminente di morte per disturbi locali e generali; 3° l'ovariotomia tardiva non è controindicata per la presenza di complicazioni generali o locali quali peritonite, suppurazione, gangrena della cisti; 4° le condizioni locali sono di poca importanza rispetto alle indicazioni o controindicazioni; 5° è assolutamente controindicata nelle cisti complicate a malattie generali o locali indipendenti dalla presenza delle cisti, e capaci per la loro evoluzione di portare la morte delle ammalate.

Il Thiriar condivide questo modo di vedere: si allontana dal Duplay solo nel non ammettere in modo assoluto la necessità della puntura, poichè si danno casi di tanta evidenza di diagnosi da tornar quella affatto inutile.

Chiude questa prima parte col discorrere della utilità e della importanza della antisepsi. L'A. si mantiene in un campo affatto pratico: noi non ci lascieremo andare, egli scrive, ad alcuna discussione

intorno all'esistenza dei microbi, non cercheremo la natura dei miasmi; noi ammetteremo solo quello che la clinica mostra con troppa evidenza, esistere cioè nell'ambiente degli agenti, che possono avere una influenza nociva sull'organismo e dai quali il chirurgo deve, per quanto è possibile, sottrarre l'operato; che questo agente si chiami miasma, microbo o bacterio, che consista soltanto in impurità, come Koeberlé sembra che creda, che sia di natura animale o vegetale, organica od inorganica, poco importa, noi dobbiamo necessariamente ammettere che esista e perciò difenderci. Ne consegue come scopo ultimo della chirurgia antisettica: distruggere i germi contenuti nell'atmosfera, impedire il loro arrivo sul campo operativo, od almeno toglier loro la azione nociva.

Molti sono i procedimenti escogitati a ciò conseguire ma due tipici. Il primo può essere chiamato metodo igienico semplice ed ebbe a partigiani Wells, Keith, Pean, ecc. ed in oggi il solo Koeberlé, il secondo aggiunge al metodo igienico l'impiego dei disinfettanti acido fenico, acqua di cloro, acido salicilico, borico, timolo, ecc.

Col metodo igienico semplice scrupolosamente attuato il Koeberlé è arrivato nelle sue ultime ovariotomie alla bassa mortalità del 14 %.

L'Hegar aggiunge alle precauzioni igieniche l'uso dell'acqua di cloro, ed appoggia il suo dire sopra una statistica di 15 casi di ovariotomia alcuni dei quali complicati e difficili, tutti seguìti da guarigione. Mani, strumenti, oggetti che possano venir in contatto diretto od indiretto tutto passa per un bagno di acqua di cloro. Il Thiriar in una nota avverte però che gran danno ne risentono gli istromenti, e soggiunge che l'acqua di cloro può essere usata allorquando esista assoluta controindicazione all'impiego dell'acido fenico, ma che per il resto è preferibile quest'ultimo agente in vista anche della necessità, a suo modo di vedere, della polverizzazione durante la ovariotomia.

Ricorda poi che il dott. Sacré usò con successo favorevole dell'acido salicilico ed il dott. Netzes di Stoccolma si servì con esito favorevole in parecchie ovariotomie, dello Spray con soluzione d'acido borico.

Ricorda i principi fondamentali ed i particolari della medicazione alla Lister; soffermandosi specialmente alla ovariotòmia, dice che Sims si attribuisce di aver per il primo nel 1876 applicato la medicazione listeriana all'ovariotomia; ma ciò non è storicamente esatto: il Newman nel 1872, il Volkman nel 1873, sventuratamente ambedue con esito infausto, aveano preceduto il Sims.

Spencer Wells applicò l'antisepsi dalla 884ª operazione in poi e

potè subito constatare che in 84 casi operati con tutte le regole antisettiche ebbe 78 guarigioni, mentre in altri 84, non ostante che mettesse ogni cura ne ebbe solo 63. Egli scrive: 43 casi di seguito senza un morto, sono fatti che depongono in favore del sistema del professor Lister, più che volumi interi di scritti teorici.

Il Keith usò l'antisepsi dal maggio 1877. Nel novembre 1879 la sua statistica dava:

I.	50 casi	morti	11
II.	» »	»	8
III.	» »	»	8
IV.	» »	»	6
V.	» »	»	4
VI.	» »	»	0

Si aggiunga a ciò che il Thornton sopra 172 casi di ovariotomia non ha che una mortalità del 4 % mentre prima l'aveva del 23,94 %.

Aggiungendo a tutte queste cifre molte altre per la Francia, Germania, Italia, l'A. giustamente si sente autorizzato a concludere: *che il metodo di Lister è di tutti gli altri quello che risponde al maggior numero delle indicazioni presenti nella pratica della ovariotomia.* Fra le objezioni fatte all'impiego della medicazione listeriana accenna al prezzo degli oggetti, e si sofferma sopra la grave accusa di veneficio che per l'acido fenico può derivarne all'operato. Ricorda appena che Lawson Tait scrisse che le ferite fatte sotto la nebbia fenicata aveano meno tendenza a guarire per prima intenzione, cosa dimostrata falsa.

L'acido fenico viene rapidamente eliminato da' reni e se ne dimostra la presenza nelle urine versando qualche goccia di percloruro di ferro, ottenendosene un precipitato ed una colorazione nero-bluastra caratteristica.

Parlando poi del colore verdastro e nero-verdastro che assumono talvolta le urine delle operate, ricorda che questo è ritenuto da alcuni come un primo segno di intossicazione carbolica: l'A. invece lo ritiene un fatto favorevole che spiega il grande assorbimento e la contemporanea grande eliminazione di acido fenico.

Tolta la nausea ed il vomito, altri fenomeni gravi dovuti all'acido fenico per ordinario non si vedono dopo l'ovariotomia: non si deve però dimenticare che possono presentarsi assai più facilmente qualora i reni sieno alterati. Ora la lesione renale nelle affette da cistovario è frequente: il Dowan in 41 autopsie fatte dopo l'ovariotomia non riscontrò che sette volte i reni perfettamente normali.

Ne viene quindi come legittima conseguenza che la integrità delle ghiandole renali è una condizione essenziale per l'impiego dell'acido fenico, necessita quindi un attento esame qualitativo e quantitativo delle urine.

Oltre che ai reni bisogna ancor badare al grado di purezza dell'acido stesso, ed al titolo della soluzione che si adopera per lo spray, essendo un errore l'ammettere che data ad esempio una soluzione al 5 % questa si riduca nella nebbia al solo 2 ½ per la commistione del vapore d'acqua, non correndo parallelo il consumo del liquido contenuto nella caldaja con quello contenente l'acido fenico. Si deve inoltre procurare che durante l'atto operativo il peritoneo rimanga poco esposto alla nebbia onde ancor minore sia l'assorbimento.

Come conclusione di ciò, la necessità di usare di alcune precauzioni poichè anche i più salutarì rimedi debbono essere usati con cura, e l'acido fenico non sfugge a questa legge generale.

Parte seconda. — *Atto operativo - cura del peduncolo e della ferita addominale.*

Dopo aver parlato della scelta del locale, ormai secondaria se la medicazione listeriana è rigorosamente applicata, ma che sia almeno suscettibile di riscaldamento e di aereazione, parla degli istrumenti: nei casi semplici una pinza, un coltello, una sonda ed un trequarti rispondono ad ogni bisogno, però in ogni ovariotomia può esserci qualche cosa di imprevisto e necessita quindi di più ampiamente provvedere e prevedere. Raccomanda di rivestire la operanda di lana, ammette la utilità di ricoprirla con tela impermeabile fenestrata in corrispondenza dell'addome, consiglia la narcosi con il cloroformio o col bicloruro di metiline e poi fa la seguente fittizia e teorica (sono parole dell'A.), divisione dell'atto operativo: 1° incisione della parete addominale, 2° riduzione od evacuazione del contenuto del tumore, 3° distruzione delle aderenze, 4° costrizione e sezione del peduncolo, escisione del tumore, 5° toilette peritoneale, 6° sutura del peritoneo e della ferita addominale e medicazione, 7° cure consecutive.

Primo tempo. — Avverte che talvolta non riesce cadere perfettamente sulla linea mediana e si apre la guaina di uno dei retti, cosa però che anche a detta di Spencer Wells sembra di essere senza importanza dal punto di vista chirurgico. Riguardo alla lunghezza della incisione dice di farla da 10 a 12 cent.; contro i risultati di Spencer Wells, riguardo alla minor mortalità congiunta alla minor estensione della

incisione ricorda con Ovion che gli esiti sfavorevoli coincidono più facilmente colle lunghe incisioni per il volume maggiore dei tumori.

Secondo tempo. — Scoperta la cisti il dito avverte la presenza di parziali aderenze, poi si punge il tumore e si ripete la puntura nel frequentissimo caso di cisti moltiloculari: se il contenuto è molto denso è meglio incidere la cisti.

Terzo tempo. — Ridotto il volume della cisti è necessario liberarla dalle aderenze o lacerandole o dividendole fra due legature fatte con catgut. Piuttosto che ledere i visceri con i quali la cisti è in relazione è meglio lasciare una parte di cisti e cucirla poi alla ferita addominale onde determinarne la guarigione per via suppurativa. Tolte le aderenze la estrazione si compie adoperando le pinze di Nelaton.

Cura del peduncolo. — La moltiplicità dei procedimenti proposti è la più sicura prova della importanza e della difficoltà di questo tempo dell'atto operativo.

Il peduncolo risulta all'esterno della parte est. del legamento largo, all'interno del legamento dell'ovario, all'avanti sporgente sulla faccia anteriore del peduncolo sta la tromba di Falloppio. La base d'impianto può assai variare: da 3 a 10 centimetri, la lunghezza da 1 a 12 cent.; alle volte il peduncolo è bifido; un pilastro riesce costituito dalla tromba di Falloppio con il legamento dell' ovario, una parte dei vasi colla parte est. del legamento largo fanno il secondo.

I vasi sono voluminosi nei peduncoli lunghi e sottili, piccoli e numerosi invece nei peduncoli corti e grossi.

Le arterie occupano prevalentemente il bordo esterno, ma ordinariamente un po' all'interno del legamento ovarico si riscontrano grossi rami dell'arteria uterina. La disposizione delle vene nulla offre di determinato. Oltre a questi elementi si trovano nervi e vasi linfatici.

Prima cura deve esser quella di evitare la emorragia; il Reverdin divise i mezzi in due categorie:

a) Mezzi che si basano sopra una forte costrizione determinante la obliterazione dei vasi prima della sezione del peduncolo (legatura in massa o segmentata, legatura parziale delle arterie, clamp, serranodi, ecc.);

b) Mezzi emostatici determinanti l' obliterazione dei vasi e nello stesso tempo la sezione del peduncolo (caustici attuali, galvano-caustica, schiacciatore lineare, torsione del peduncolo, enucleazione, ecc.).

Che cosa si farà del peduncolo? I metodi che si rivolgono al destino di esso sono due: *metodo extraperitoneale* e *metodo intraperitoneale* Ne esiste un terzo, il più vecchio, che consiste nell' abbando-

nare il peduncolo nel cavo peritoneale ma nel fissare il materiale di legatura alla ferita addominale od alla vaginale, metodo che diede al Clay ed al Dunlap numerosi esiti favorevoli ma che oggi è completamente abbandonato.

Metodo extraperitoneale. — Consiste nella fissazione del peduncolo in grembo alla ferita addominale e si può ottenere colla legatura, colla fissazione mediante spilli, colla sutura con il serranodi, ma più frequentemente con il clamp, strumento proposto da Hutchinson nel 1858 e modificato poi da molti. L'A. prende di mira principalmente il clamp e muove ad esso le accuse seguenti: se il peduncolo è poco lungo il clamp ne determina lo stiramento; non è applicabile nei casi di peduncolo breve; l'utero rimane fissato alla parete addominale e ciò può esser di danno nel caso di future gravidanze: l'aderenza del peduncolo alla parete addominale può esser causa di disturbi intestinali ed anche di strozzamenti: il clamp non impedisce il rientramento del peduncolo: favorisce il tetano; dà luogo spesso a sventramenti; impedisce la completa chiusura dell'addome, la convalescenza è assai più lunga; espone la operata alla possibilità di una infezione primaria o secondaria; si oppone alla rigorosa applicazione della medicazione listeriana.

Metodo intraperitoneale. — Consiste nell'abbandonare il peduncolo nel cavo peritoneale dopo aver ottenuta la emostasi. Per parlare però di abbandono del peduncolo bisogna prima esser certi della emostasi; questa si può ottenere mediante: *la legatura in massa o segmentata - la legatura dei singoli vasi - la cauterizzazione - lo schiacciamento - la torsione - l'enucleazione - l'agopressura.* I due mezzi principali sono la legatura e la cauterizzazione, con essi il peduncolo è completamente paragonato ad una forte aderenza vascolare.

Cauterizzazione. — Proposta dal Clay, ha trovato sostenitori nel Baker Brown e nel Keith specialmente, richiede l'applicazione di uno speciale clamp e qualche volta non è riuscita a frenare completamente la perdita di sangue. L'escara è benissimo tollerata e scompare in pochi giorni; si avvertirono però deposizioni di carbone nelle parti vicine. Il Waslowsky propose il suo processo sieroso plastico, che consiste nel disseccare un lembo di peritoneo del peduncolo, alla base del lembo sezionare il peduncolo, toccare poi i vasi col cauterio attuale e cucire per ultimo il lembo peritoneale, nella supposta idea che nociva potesse essere l'escara abbandonata nel peritoneo.

Legatura del peduncolo. — Impiegata nel 1821 dal Nathan Smith di Baltimora per la prima volta, indi dal Rodgers, ecc., fu eretta a

a metodo dal Tyler Smith nel 1861 e non entrò nella pratica comune che colla applicazione del metodo listeriano.

Materiale per la legatura. — Furono esperimentati il filo di argento il filo di magnesio (Hune), il cuojo, il crine di cavallo, i capelli di donna, filo fatto con tendini di balena (Ischiguro, Giappone), la gomma elastica, ma quei materiali che rimasero sul campo a contendersi il primato sono due la seta ed il catgut: quest'ultimo gode su quella di poter essere più facilmente riassorbito.

Maniera di fare la legatura. — L'A. raccomanda che la legatura sia energica, fatta dall' operatore e sempre *con il nodo chirurgico:* può essere unica o molteplice a seconda del volume del peduncolo; ricorda poi il processo di Hayes di Dublino, il quale propose di passare il filo al disotto del rivestimento peritoneale e di legare così il peduncolo e non la sierosa: e la pratica di Thornton il quale passa il filo doppio per la dupplice legatura e poi ne' soggetti giovani e vigorosi e che non han perduto sangue durante l' atto operativo, lega dapprima la metà ove prevalgono le vene, lascia che il tumore si ingorghi di sangue e poi lega la parte corrispondente alle arterie. Nei soggetti deboli invece lega dapprima le arterie, lascia che il sangue dal tumore rientri in circolo e poi compie la legatura. Consiglia infine di comprendere sempre la tuba nella legatura per evitare più tardi versamenti di sangue nel peritoneo.

Destino delle legature. — Premette che i fili metallici restano inalterati ad eccezione di quelli di magnesio che dovrebbero ossidarsi e venir così riassorbiti. — *Fili di seta.* Gli esperimenti e le osservazioni permisero di constatare: *il completo assorbimento delle legature - l'incapsulamento - la formazione di una saccoccia a guisa di una cisti minuscola* destinata probabilmente ad essere assorbita: la *formazione* di ascessi che s'aprono spontaneamente nell'intestino, alla parete addominale o nel peritoneo. — *Filo di catgut.* L'A. ritiene il catgut come il materiale ideale della legatura del peduncolo: le sue esperienze permettono di affermare che il catgut N.° 1, 2, 3, richiede da 7 ad 8 giorni per essere completamente assorbito: il N.° 4 un tempo ancor maggiore: è noto inoltre che il catgut non determina la rottura delle tonache vasali ma solo l' addossamento, ma in 7 ad 8 giorni l'agglutinamento è completamente avvenuto e non si ha più ragione quindi di temere una emorragia secondaria: inoltre fa giustamente notare che in un peritoneo ammalato anche il riassorbimento probabilmente è più lento.

Cosa avvenga del peduncolo. — L'abbandono del peduncolo nel cavo

addominale avea da vincere dapprima una preconcezione, che cioè la parte strozzata dovesse terminare inevitabilmente col necrosarsi.

Esperimenti ed osservazioni fecero ammettere che il moncone per un po' vive dei succhi peritoneali e che più tardi o contrae aderenze con punti vicini di peritoneo e col mezzo di queste continua a vivere, oppure anche rimanendo affatto libero continua in vita, o perchè la costrizione non ha completamente chiusi i vasi, o perchè nel circolo di strozzamento viene a formarsi un essudato plastico che mette in rapporto diretto la parte ancora vivente con quella che non lo è più; si diffonde a questo proposito l' autore sul potere assorbente del peritoneo.

Ricorda ancora lo schiacciamento lineare, l'agopressura di Simpson ed il processo di Miner (Buffalo) di enucleazione. Come conclusione l'A. si dichiara partigiano del metodo intraperitoneale legando il peduncolo con catgut.

Toilette del peritoneo. — Deve essere minuziosa e fatta con spugne o pezzuole di lana completamente antisettiche. Riguardo al drenaggio preventivo non lo accetta, si limita ad applicarlo quando le estese aderenze lascino supporre un abbondante trasudamento, e quando si sia stati obbligati a lasciar nel peritoneo parte del tumore.

Cura della ferita addominale. — Molto estesamente è trattato questo argomento: ancor divisi stanno i chirurghi sul modo di praticare la sutura: chi rigetta la sutura del peritoneo, chi comprende ancor questo in uno a tutto lo spessore delle pareti.

L'A. per conto suo basato su numerose osservazioni sperimentali e su fatti clinici, pratica con catgut finissimo la sutura del peritoneo per sè, indi con catgut più grosso quella della restante parete addominale; usa con molto vantaggio sottili aghi del Deroubaix.

Cure consecutive. — Mette la consueta medicazione antisettica che fissa con benda di garza alla quale ne sovrappone una di lana; alle pieghe inguinali ed al pube fissa la medicazione con bende elastiche ove sia necessario. Quiete assoluta dopo l' atto operativo ed uso ipodermico di morfina (1 o 2 ctg.), cateterismo ogni 3 o 4 ore, latte e brodo appena che lo stomaco lo permetta. Al quarto giorno procura una scarica alvina; al settimo giorno pratica la prima medicazione; al decimo giorno la operata abbandona la stanza.

PARTE TERZA. — *Partecipazione ed importanza del sistema nervoso nella genesi degli accidenti consecutivi all'ovariotomia - indicazioni terapeutiche.*

Come introduzione a questo studio l'A. espone un succinto ricordo anatomico del gran simpatico addominale e studia poi la influenza delle lesioni dei nervi splancnici e di quelle del plesso solare e suoi annessi venendo alla conclusione che la lesione del plesso solare ed annessi modifica per azione riflessa la tensione arteriosa, indebolisce ed accelera le contrazioni cardiache. Studia successivamente l'azione del freddo esterno sul plesso solare ed annessi, e chiude la parte preparatoria parlando della ipotermia dovuta alle lesioni del plesso stesso.

Entra poi nell'argomento ed incomincia dal

Vomito. — Non ammette che il vomito che tanto frequentemente tien dietro all'ovariotomia, sia legato all'uso del cloroformio; in sua difesa cita i numerosi casi di operazioni chirurgiche che domandano la cloronarcosi e prolungata anche oltre le due ore, e tuttavia non si ha poi questo noioso accidente, od è senza confronto meno intenso. Per l'A. il vomito è legato alla irritazione dei filetti terminali del pneumogastrico: raramente il trauma agisce direttamente sullo stomaco, più di frequente sui plessi nervosi addominali che per via riflessa determinano il vomito.

Timpanite. — È dovuta a paralisi intestinale; il viscere esposto all'aria, toccato, maneggiato perde sopratutto una parte della contrattilità peristaltica. Ma anche qui concorre il grande simpatico per la sua nota azione sulle secrezioni e sulla tonaca muscolare.

Ritenzione d'urina. È un lieve accidente e che scompare prestamente.

Singhiozzo. — Raro ma tormentoso: è sotto le dipendenze di una irritazione gastrica, od intestinale e parte spesso anche dall'utero: qui è il frenico che prende parte per la nota anastomosi del frenico con il plesso solare.

Congestioni di differenti organi. — Il Koeberlé crede che la costrizione del peduncolo otturando i vasi che si portano al tumore determini una iperemia negli organi vicini e possa così spiegarsi la perdita di sangue dai genitali che frequentemente si osserva al 2° od al 3° dì e che non bisogna confondere con la mestruazione: aggiunge inoltre che può avvenire la morte per congestione rapida cerebrale o polmonare. Non è sempre il freddo la causa di ciò, ne è da attri-

buirsi tutto all'impiego dello spray, per il fatto che tali accidenti si avvertirono anche prima della introduzione della medicazione antisettica, e non bisogna poi dimenticare che d'ordinario la ovariotomia si pratica in locali soprascaldati. Per l'A. lesioni del simpatico possono portare disordini circolatori in organi lontani e predisporre così a forme più gravi. Così pure nelle perdite sanguigne dall'utero altro non vede l'A. che una paralisi vaso-motoria.

Dolori consecutivi all'ovariotomia. — Sono talvolta assai intensi e si mostrano con maggior frequenza allorquando il peduncolo sia fissato nella ferita parietale, e sono conseguenza di irradiazioni reflesse aventi punto di partenza le legature: è frequente la nevralgia crurale dopo l'ovariotomia, quella intercostale dopo l'isterectomia.

Accidenti gravi. - Emorragie secondarie. — Intende l'A. di parlare di quelle emorragie che si fanno dai vasellini rotti in corrispondenza di estese e tenaci aderenze, vasellini che non sono suscettibili di legatura: può darsi che subito dopo l'atto operativo l'eccitazione dei vaso-motori porti una costrizione in questi vasi e la perdita sia così apparentemente vinta: ma dopo un certo tempo tien dietro la paralisi colla ovvia conseguenza. Di qui la pratica utile della cauterizzazione di queste superfici sanguinanti non suscettibili di legatura.

Tetano. — Il trattamento intraperitoneale del peduncolo lo fece diventar più raro. È ammessa da tutti la irritazione periferica.

Peritonite. — Qui il sistema nervoso interviene in un modo meno diretto di quello che non sia per gli altri accidenti.

L'A. richiama l'attenzione sopra il fatto che oltre agli altri agenti anche il sistema nervoso senziente ha una parte nel determinare la peritonite: le specie animali meno sviluppate godono quasi la immunità; nella specie umana invece si può ammettere che qualche volta la peritonite possa essere conseguenza di una impressione subita dal sistema nervoso e da questo cambiata in un disordine vaso motorio. Aggiunge poi che qualora la peritonite si sia iniziata all'estensione di essa concorre il moto peristaltico come spiegò il Rindfleisch. Ora se questo moto è esagerato, è facile il vederne la conseguenza.

Setticemia. — La setticemia è dovuta in modo certo ad un avvelenamento: non ci è ancor noto quale sia il principio ma certo questo esiste; è noto eziandio il potere assorbente del peritoneo e la disposizione su questo dei linfatici. Ora una domanda: il potere assorbente del peritoneo è sotto dipendenza del sistema nervoso?

Si premette che un liquido suscettibile di putrefazione dopo aver subìto il contatto dell'aria atmosferica va soggetto a rapida ed in-

tensa decomposizione: si ricorda che Wegner dimostrò che di due liquidi ambedue atti alla putrefazione diventa ben più presto ricco di protorganismi quello che sia in preda ad un movimento dolce ed uniforme: d'altra parte Recklinghausen provò che i movimenti e le scosse all'addome facilitavano il riassorbimento dal peritoneo: si conclude da tutto ciò che i moti peristaltici faciliteranno l'assorbimento avvicinando la materia settica alle bocche assorbenti, ed il moto stesso faciliterà lo svolgimento dei protorganismi.

Shock peritoneale. — Con Fischer l'A. lo considera quale una paralisi riflessa dei vasomotori dello splancnico, paralisi determinata principalmente da una commozione. Ricorda poi l'opinione di altri autori e qui riporto quella di Olshausen: con Wegner l'O. attribuisce lo shock al raffreddamento di tutto il corpo in seguito alla perdita di calore dal peritoneo, dell'iperemia dei visceri addominali che si produce in seguito all'ovariotomia per la cessazione della pressione intraddominale e della paralisi intestinale. L'azione riunita di tali cause può portare un abbassamento di temperatura incompatibile colla vita.

Frequenza. — Altre volte era assai più frequente o per lo meno alcuni casi di morte erano ad esso attribuiti, mentre oggi trovano altre cause: per l'A. è necessario per poterlo considerare veramente tale, che questo stato incominci durante l'atto operativo e continui la sua via senza alcun intermedio miglioramento. La media sarebbe circa del 2 %.

Gravità e pronostico. — Può togliere la vita ancor durante l'atto operativo per sincope, ed allora sorge sempre la questione se quella morte sia a carico del trauma o del cloroformio. Però non si deve dimenticare che una lesione del simpatico anche senza apertura del peritoneo può determinare l'arresto del cuore: gli esperimenti di Goltz informino.

D'ordinario però lo shock agisce un po' meno rapidamente ed è solo in modo progressivo che conduce alla morte: è questo lo shock propriamente detto, quello degli ovariotomisti inglesi.

Sintomatologia. — Le operate poste nel letto non rinvengono che in modo incompleto: la cute e le mucose restano scolorate, la temperatura ascellare è inferiore alla norma; spesso accusano un senso di estrema ansietà altre volte invece si mostrano tranquille e contente; il polso piccolo e filiforme diventa irregolare, ineguale e frequentissimo. La sete intensa, nausea e vomito persistenti, meteorismo, la respirazione si fa irregolare, ora profonda, ora superficiale e spesso

interrotta da singhiozzo. Le pupille assai dilatate, le estremità fredde si fanno cianotiche, la voce s'abbassa, la pelle si copre di sudore, la secrezione urinaria diminuisce od anche si sopprime, le operate accusano debole visione, senso di soffocamento, formicolìo ed ordinariamente la morte avviene per sincope o per il raffreddamento e la cianosi progressiva. Nel frattempo la coscienza è sempre vigile.

Lo shock non è necessariamente mortale, riordinando la funzione del cuore si può talvolta ridare la vita.

Meccanismo dello shock. - Circolo e respiro. — Osservazioni ripetute mostrarono disturbi nelle funzioni del cuore al momento della legatura del peduncolo dell'ovarico tumore: subito dopo l'atto operativo non è difficile il riscontrare un completo disaccordo fra lo stato del polso e la temperatura. Tali fatti stanno per l'autore a dimostrare l'azione riflessa dei nervi periferici lesi a cui si aggiunge un abbassamento della tensione arteriosa in seguito al considerevole richiamo di sangue all'addome.

Raffreddamento traumatico. — Concorre a determinarlo oltre l'azione riflessa nervosa, la estensione del peritoneo, la sua ricchezza vascolare, il particolare stato di umidità, ecc. Per tutto ciò resta spiegato ciò che l'esperienza ha dimostrato: più l'operazione dura, tanto più freddo è l'ambiente, maggior tempo rimane scoperto il peritoneo ne risulta più grave e pronunciato il raffreddamento dopo l'operazione.

Indicazioni terapeutiche. - Profilassi dello shock. — Se la operanda è anemica cura ricostituente e operare in un ambiente caldo, non lasciar il peritoneo troppo esposto all'aria; sostenere il morale in guisa da far desiderare dalla paziente l'atto operativo. — *Cura dello shock.* Durante l'atto operativo il miglior moderatore del sistema nervoso è l'anestesia, così è tolto l'elemento dolore; evitare in tutti i modi il raffreddamento del peritoneo. — *Dopo l'atto operativo.* Trovano la loro indicazione gli oppiati e gli alcoolici. L'oppio, oltre che agire sul sistema nervoso, aumenta anche la pressione arteriosa e la amministrazione oculata porta anche un aumento nel calore; trova quindi indicazione come *sedativo* del sistema nervoso e come *stimolante del circolo.* Inoltre l'oppio diminuisce la contrattilità muscolare, e da questo punto di vista riduce i moti peristaltici abnormemente eccitati, ed indirettamente difficoltando l'assorbimento, difficulta lo svolgimento della setticemia.

Modo di amministrazione della morfina. — Predilige la via ipodermica, a dose non eccessiva regolandone la ripetizione a seconda dell'effetto ottenuto.

Contro la risoluzione delle forze ed il torpore generale raccomanda gli alcoolici, l'etere per via ipodermica, ecc.; contro il raffreddamento tutti i mezzi per l'artificiale riscaldamento.

PARTE QUARTA. — *Osservazioni di ovariotomia e protocolli delle esperienze fisiologiche.*

Il materiale di questa parte costituisce la *parte giustificativa* delle asserzioni dell'autore, noi ci accontenteremo di riassumere brevemente le osservazioni:

Oss. 1.ª — Cisti dell'ovario sinistro - ovariotomia - guarigione - cancro dell'ossa del pube - morte - autopsia (due anni dopo l'atto operativo).

Oss. 2.ª — Cisti dermoide dell'ovario - ovariotomia - sutura del peritoneo - guarigione.

Oss. 3.ª — Cisti moltiloculare dell'ovario sinistro - ovariotomia - sutura peritoneale - guarigione.

Oss. 4.ª — Cisti voluminosa dell'ovario destro - alterazione dell'altro - ovariotomia doppia - sutura del peritoneo - guarigione.

Oss. 5.ª — Cisti dell'ovario sinistro - ovariotomia - sutura peritoneale - guarigione.

Oss. 6.ª — Tumore solido dell'ovaio destro - alterazione dell'altro - ovariotomia doppia - sutura del peritoneo - guarigione.

Oss. 7.ª — Cisti moltiloculare - ovariotomia - sutura del peritoneo - guarigione.

Oss. 8.ª — Cisti dell'ovario sinistro ed alterazioni nel destro - ovariotomia doppia - sutura del peritoneo - guarigione.

Oss. 9.ª — Cisti dell'ovario sinistro - ovariotomia - sutura del peritoneo - guarigione.

Oss. 10.ª — Cistoma doppio - ovariotomia doppia - sutura peritoneale - emorragia - morte.

Oss. 11.ª Tumore cistico ad evoluzione rapida - ovariotomia incompleta - drenaggio - morte.

Oss. 12.ª — Cisti moltiloculare sinistra - ovariotomia - drenaggio preventivo - sutura del peritoneo - guarigione.

Oss. 13.ª Tumori fibrosi dell'utero - isterectomia sopra-vaginale - sutura del peritoneo - guarigione.

Seguono poi i protocolli di 16 esperienze fisiologiche che qui non è il caso di riprodurre. Dott. P. NEGRI.

NOMINE

Il Prof. Edoardo Porro, Prof. Ordinario di Ostetricia e Clinica Ostetrica nella R. Università di Pavia, fu dietro sua domanda nominato Professore-Direttore della R. Scuola di Ostetricia in Milano.

Il decreto avrà effetto a partire dal 1° novembre 1882.

Il nostro collaboratore, il Dott. Carlo Liebman medico primario specialista per le malattie delle donne nell'Ospitale Civile di Trieste, veniva insignito fin dal maggio u. s. dall'Imperatore del titolo di Professore.

Questa Onorificenza è raramente conferita in Austria, a chi, come il Dott. Liebman, non abbia mai fatto insegnamento ufficiale o privato in qualcuna delle Università dell'impero.

La Direzione e la Redazione porgono all'Egregio cultore della ginecologia e collaboratore del Giornale le loro più sentite congratulazioni.

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Volume IV. Settembre 1882 N. 9.

ANNALI
DI
OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

UTERUS DEFICIENS

NOTA CLINICA E CONSIDERAZIONI

del dottor **FLAVIO VALERANI**
Chirurgo primario dell'Ospedale di Casale Monferrato.

Se negli *Annali della Ginecologia* si citano in abbondanza gli esempi di donne mancanti di utero, è pur d'uopo ammettere che non tutte le storie di questi casi narrate dai vari autori, specialmente antichi, sono egualmente meritevoli di fede. Anche oggidì, coi mezzi diagnostici così accurati e precisi dei quali facciamo uso, non sempre può venire affatto dileguato il dubbio, se nella donna manchi davvero completamente l' utero, oppure se esso si trovi solo allo stato rudimentale: epperò con ragione già fin dal secolo scorso asseriva il Morgagni, che la sola dissezione anatomica vale in questi casi a sceverare il vero dal falso (1).

Casi di tal natura, tanto in soggetti viventi, in cui era solo presumibile la mancanza dell' utero, quanto in donne nelle quali si potè praticare la necroscopia, occorsero a molti e diligenti osservatori, quali il Morgagni, il Malacarne, il Rizzoli, il Marzolo, ed altri molti di cui taccio per brevità, e dei quali è fatto cenno nell'eruditissima opera del Prof. A. Corradi (2). Se non che anche in alcuni casi, nei quali si narra che la mancanza dell' utero venne confermata dalla indagine anatomica, non sempre si potè ravvisare tutto quel rigore scientifico, che solo vale a indurre la certezza e la convinzione nell'animo di chi legge.

Kussmaul, a cui la scienza va debitrice della migliore mono-

(1) V. *De sed. et caus. morb.* Epist. XLVI.

(2) *Dell'Ostetricia in Italia dalla metà del secolo scorso fino al presente*, parte I, cap. 3.°

grafia intorno a questo argomento (1), dopo aver raccolto parecchi casi registrati di mancanza d'utero, nei quali eravi pure l'osservazione anatomica, trovò tuttavia che molti di quei casi non si potevano dire esempi certi di assoluta mancanza uterina. Epperò vuolsi conchiudere che i casi in cui quest' organo manca completamente, e quale vizio esistente per sè stesso, cioè non associato ad altre mostruosità od anomalie teratologiche, sono veramente rarissimi.

Vero è però che, esaminando i fatti solamente dal lato pratico, cioè sotto l' aspetto chirurgico e sotto l' aspetto medico legale, non v'ha dubbio che anche la presenza di un utero affatto esiguo ed incompletissimo, — *ut perinde sit ac si deesset*, diceva Morgagni — equivale alla completa assenza dell'organo medesimo.

Il caso a me occorso, del quale sto per narrare la storia, non viene per fermo ad accrescere il numero di quelli in cui si possa con tutta certezza affermare la completa deficienza uterina; giacchè essendo la donna tuttora vivente, non posso offrire i reperti anatomo-patologici a corredo dell' osservazione clinica. Non ne credo però affatto inutile la pubblicazione, per quel po' d'interesse che può destare dal lato pratico.

Sul finire di novembre 1880 si presentava al consulto una giovane donna, certa L. S. maritata O., d'anni 23, nata e domiciliata a G. (Monferrato); contadina dotata di robusta costituzione e offrente l'aspetto di una florida salute. L'accompagnava il marito, il quale pregandomi di visitare la donna, aggiungeva di essere in procinto di invocare l' annullamento legale del matrimonio, a cagione delle gravi anomalie congenite riscontrate nelle parti genitali di lei.

Prima di esporre il risultato del mio esame. riferirò i dati anamnestici che mi venne fatto di raccogliere. Questa donna era nata da parenti sani, che non presentavano anomalie di sorta, nè ai genitali nè in altra parte qualsiasi. Essa non fu mai menstruata; nè ebbe mai a soffrire emorragie supplementarie dal lato di altri organi. A nessuna epoca della sua vita si rammenta d'aver provato dolori o sensazioni gravative che si rinnovassero periodicamente, e che annunciassero un *molimen* emorragico.

---

(1) *Von dem Mangel, der Verkümmerung und Verdoppelung der Gebärmutter*, Würzburg, 1859.

Maritata da quattro anni circa, afferma di non aver mai provato sensazioni voluttuose nè dolorose durante il coito; al quale debito coniugale ella si prestò sempre con assoluta indifferenza e nel puro scopo di far piacere al marito. Quest'ultimo poi asserisce di non aver mai potuto compiere regolarmente il coito colla propria moglie.

Quanto alle altre funzioni esse erano tutte in ottimo stato; inoltre non si avevano a registrare precedenze morbose di qualche importanza.

L'aspetto generale era perfettamente femmineo; nè offriva nulla che la differenziasse da quello ordinario e proprio di una florida contadina della sua età. Statura piuttosto alta; costituzione buona; pannicolo adiposo bastantemente sviluppato; mammelle a forma e volume ordinario; bacino a diametri, per quanto appare, normali.

L'esame delle parti genitali esteriormente non offre particolarità alcuna che si scosti dall'aspetto fisiologico. Il clitoride, di medio volume, bene incappucciato, è al suo solito sito: le grandi e le piccole labbra hanno sviluppo regolare.

Introdotto l'indice in vagina, esso non va oltre la profondità di circa tre centimetri dall'orifizio vulvare; e si sente nel fondo un cul di sacco completamente chiuso, senza traccia di orificio uterino, od altro organo che ne tenga le veci.

Non havvi incontinenza di orina; e praticato il cateterismo si riscontra che la vescica ha la capacità ordinaria. Mantenendo la sonda in vescica, ed esplorando contemporaneamente il retto, si sente distintamente la sonda attraverso la parete retto-vescicale, come quando si esplora nell'uomo il basso fondo della vescica colla duplice esplorazione vescicale e rettale.

Inoltre continuando a mantenere la sonda in vescica, e l'indice nel retto, se si introduce il pollice nel cul di sacco vaginale, si sente benissimo che l'apice dell'indice arriva a toccare la punta del pollice al di dietro del cul di sacco vaginale. In una parola, non havvi vagina; a poco più di tre centimetri al di là del piano vulvare, il retto e la vescica sono accollati l'uno all'altra; e quella specie di infondibolo vaginale che si osserva, non è, propriamente parlando, neppure un rudimento di vagina, ma un cul di sacco vulvare, una cavità artificiale, creata senza dubbio dai rapporti sessuali ripetuti.

Quest'esame contemporaneo del retto, della vescica e del cul

di sacco vulvare, fu praticato varie volte all'oggetto di assicurarci veramente, se tra il retto e la vescica non esistesse qualche tumoretto che fosse là a rappresentare l'utero; ma il risultato fu sempre il medesimo.

Per me adunque non era più possibile il dubbio; la donna mancava di utero e di vagina ad un tempo. È noto d'altronde che la vagina, nel suo sviluppo embrionario, condivide la sorte dell'utero; giacchè tanto l'una quanto l'altro si sviluppano a spese della metà inferiore degli ovidotti, o tubi di Müller. È naturale pertanto che mancando l'utero, anche la vagina manchi più o meno completamente; e se pure avvi un rudimento di vagina, questo realmente si debba piuttosto dire infossamento vulvare. Tale era appunto il nostro caso, nel quale l'infundibolo che si riscontrava, profondo circa tre centimetri, era stato prodotto dalle compressioni esercitate nei tentativi di coito reiterati nei quattro anni di matrimonio. E questo era anche meglio comprovato dal fatto che il meato orinario, seguendo questo movimento prodotto dalla compressione, trovavasi portato più all'indietro del normale.

Lo scopo per cui questa donna era venuta da me, era naturalmente quello d'invocare un atto operativo, valevole a metterla in condizione uguale a quella delle altre donne. Era tanto vivo questo desiderio in lei, tanta la vergogna che si venisse a diffondere la voce che ella non era ben conformata, epperò non atta al matrimonio, che mi confessò d'aver cercato essa medesima di perforare, colla punta delle forbici, il fondo del piccolo canale vulvare; nella supposizione che al di là di quella membrana esistesse il vero canal vaginale, e che fosse solamente chiuso da un lieve tramezzo facilmente perforabile. Aggiunse però, che non appena sentì il dolore della puntura delle forbici, cessò tosto; epperò non eravi traccia del leggiero tentativo operatorio praticato dalla malata medesima.

La risposta però che io dovetti farle mi era evidentemente tracciata dal risultato delle indagini praticate; nè eravi motivo di esitazione. Non avendo potuto scoprire una traccia qualsiasi d'utero, rifiutai decisamente ogni tentativo operatorio, malgrado le vive istanze della donna.

E qui si presenta ovvia un'obbiezione. Siete poi sicuro che l'utero mancasse davvero e completamente? — È noto che la mancanza assoluta, totale dell'utero è da parecchi autori negata;

giacchè anche in alcuni casi che furono presentati come tali, e confermati all'autopsia, il microscopio avrebbe dimostrato poi la traccia di un utero rudimentale; epperò la pretesa mancanza di quest' organo si ridurrebbe, in ultima analisi, ad un arresto nel suo sviluppo embrionale.

Questo fatto però se ha non lieve importanza per l' anatomo-patologo, non desta che un mediocre interesse pel chirurgo. Per quest'ultimo il problema da risolvere si riduce a sapere, se dato un caso simile a quello testè narrato, debbasi o no tentare un atto operativo.

La ragione del mio rifiuto ad operare era per intiero riposta nel concetto che mi son fatto della disposizione anatomica della parte, in cui doveva cadere il coltello chirurgico. L' esame ripetuto mi aveva dimostrato, che la vescica era a contatto quasi immediato col retto; giacchè la sonda introdotta in vescica era sentita dal dito introdotto nel retto, attraverso il sottile, duplice strato delle pareti rettale e vescicale, come si sentirebbe nell'uomo la presenza di un calcolo in fondo alla vescica coll' esplorazione del retto. — Ora egli era appunto fra queste due cavità, cioè della vescica e del retto, addossate l' una all'altra, che avrei dovuto scavare un canale, abbastanza ampio per fungere l' ufficio di vagina. Ma evidentemente per poco che avessi spinto la dissezione, sarebbe stata inevitabile la perforazione dell' una o dell' altra di queste due cavità; anche senza tener conto del peritoneo, il quale forse sarebbe stato troppo in alto per essere leso.

Un altro sintomo poi del quale vuolsi tener calcolo è la mancanza assoluta della menstruazione. È vero che, malgrado le affermazioni decise della donna, possono essersi manifestati sintomi attinenti alla congestione periodica interna, che terrebbe le veci di funzione menstruale in un utero inaccessibile ai nostri mezzi esplorativi. Ma è vero altresì che anche supponendo che ciò sia avvenuto, questo non basterebbe a comprovare l'esistenza di un utero; poichè il fatto di un *molimen hemorragicum* periodico, dovuto alla rottura della vescicale di Graaf, proverebbe bensì la presenza delle ovaja, ma non quella dell'utero in modo assoluto.

Da tutto ciò parmi sia logico il conchiudere, che io non era in diritto di mettere a pericolo la vita della donna con un atto operatorio, il quale non avrebbe avuto altro scopo che di rendere possibile un coito necessariamente infecondo. Il Prof. Richet, che si trovò due volte in casi affatto identici al mio, si attenne alla

stessa regola di condotta, guidato dagli stessi motivi (1). Egli aggiunge però che il chirurgo è invece autorizzato a intraprendere un atto operativo, quando l'indagine attenta gli avrà fatto riconoscere la presenza di un utero anche rudimentale al di là del setto vaginale; e questo anche nei casi in cui non havvi sintomo alcuno che accenni allo stabilirsi della menstruazione. E cita in appoggio di questa sua opinione un caso pratico che gli occorse e nel quale potè felicemente scolpire un canal vaginale utilizzabile.

Un caso molto simile al presente venne riferito dal dottore G. Odisio di Voghera (2). Trattavasi di una donna di 65 anni, la quale, venuta a morte all'ospedale per un'organica cardiopatia, presentò, all'autopsia, evidente la mancanza della vagina, dell'utero e dell'ovaio sinistro. Si trovarono però due condotticini grossi come una penna di corvo e pressochè paralleli, che mettevano capo a due corpicciuoli grossi poco più d'un fagiuolo; ma non essendosene praticato l'esame microscopico, non si potè stabilire se quei tessuti dovessero ritenersi come rudimenti degli organi mancanti. Anche qui, a vece del canal vaginale, si riscontrava una specie d'infondibolo o diaframma membranoso, che non cedeva che pel tratto di pochi centimetri. Ma ciò che è importante in quest'osservazione del dott. Odisio, si è che il *tramezzo membranoso retto-vescicale presentavasi come costituito da due pagine, che però non si potevano sdoppiare senza tema di lacerazione;* ciò che viene maggiormente a convalidare quanto io ho asserito, cioè che sarebbe stato oltremodo difficile scavare un canale attraverso il setto retto-vescicale senza ledere l'una o l'altra cavità, e senza cagionare perciò una fistola difficilmente rimediabile.

Non meno rimarchevole è il caso teratologico riferito dal dottor Gallard (3), del quale pure vengono registrati i risultati della necroscopia. Gli organi genitali esterni erano ben conformati: mancava la vagina, che si trovava rappresentata da una depressione di quattro centimetri che finiva in infondibolo; anche l'orifizio dell'uretra era spinto indietro, in questa depressione. Man-

---

(1) V. *Union Médicale*, 4 et 6 janvier 1872.

(2) V. L'*Osservatore*, *Gazzetta delle Cliniche*, 1867, n. 20, 14 maggio.

(3) V. Churchill. *Traité prat. des mal. des femmes*, trad. par Le Blond, Paris, 1874, pag. 129. — Gallard. *Leçons de clin. méd.* 1873.

cava l'utero e al suo posto notavasi un cordoncino fibroso, dello spessore di pochi millimetri, che non avrebbesi potuto sentire col dito introdotto nel retto. La parete posteriore della vescica era anche in questo caso in contatto immediato colla faccia anteriore del retto. Esistevano entrambe le ovaie. — Aggiunge il dott. Gallard che in questo caso sarebbe stato assolutamente vietato ogni tentativo operatorio per creare una vagina artificiale.

Percorrendo i giornali e le pubblicazioni ginecologiche, potrei raccogliere altri casi analoghi a quello da me esposto. Parmi però che i due esempi citati, di Odisio e di Gallard, siano bastevoli, e vengano ad arrecare ampia conferma al nostro avviso. Questi due casi presentano per noi un grande interesse, siccome quelli che ci fanno presupporre, in modo quasi certo, le condizioni degli organi genitali interni della donna, di cui ho narrato la storia. Avendo quei due casi offerto gli organi genitali esterni identici a quelli del nostro caso; ed inoltre le esplorazioni rettali, vescicali e vaginali avendo fornito risultati del pari identici a quelli ottenuti dalle nostre esplorazioni, ne pare d'aver fondate ragioni per credere, che anche nel caso presente l'utero sia o mancante affatto, o al più rappresentato da qualche cordoncino di poco spessore; epperò affatto controindicato, nell'un caso o nell'altro, ogni tentativo d'operazione.

Quanto alle ovaia, tutto induce a credere che nella donna in questione esistano, come nei casi citati. Certo che la sede anatomica di quest'organo è tale che, durante la vita, non havvi alcuna esplorazione, che permetta di precisarne l'esistenza in modo assoluto e inconfutabile. E benchè l'inferma assicuri di non aver mai avuto la menstruazione, nè d'aver provato sintomo alcuno che accenni all'atto periodico dell'evoluzione, sono nondimeno troppo accentuati in lei i caratteri esterni della femminilità, per poter supporre che in lei faccia difetto quell'organo, che per l'importanza della sua funzione è considerato come l'essenziale, il vero, quello che dà l'impronta del sesso. — D'altronde poi, qualunque opinione si voglia adottare a questo riguardo, sia cioè che si ammetta o non l'esistenza delle ovaia nel nostro caso, ciò non poteva per nulla far mutare la nostra decisione; per noi, mancando l'utero, era senz'altro risolta la questione di medicina operatoria.

Tenne la stessa regola di condotta il dott. Tillaux in un caso

che gli occorse affatto uguale a quello da me narrato (1). Trattavasi di una giovane che era sul punto di maritarsi; visitata da una levatrice, questa avea creduto trattarsi di semplice imperforazione dell'imene. Un esame accurato dimostrò la vulva regolare in tutto; ma al di dietro delle parti esterne, non v'era più nulla; *on avait seulement devant les yeux un simple rideau de théatre.* Mancavano affatto la vagina e l'utero. Tillaux si astenne da ogni operazione; non volendo rinnovare il fatto accaduto a De Haen, il quale in un caso di tale natura, credendo ad una semplice occlusione dell'imene, dicesi abbia inciso i tessuti strato per strato; e invece di penetrare nell'utero, arrivò nell'interno della vescica; e potè all'autopsia constatare l'errore commesso.

Un'altra ragazza che offriva identica anomalia di conformazione agli organi genitali (2) erasi recata al direttore della Maternità di Tolosa, dimandandogli se essa era in istato di potersi maritare; e se un'operazione poteva metterla nelle condizioni idonee alla vita coniugale. A tutte e due queste domande venne data risposta negativa; epperò sconsigliato il matrimonio.

Sfortunatamente nel caso nostro il matrimonio datava già da quattro anni; ed è solo dopo sì lungo tempo che il marito, accorgendosi di non poter compiere che una semplice *copula vulvare,* pensò a invocare dai tribunali lo scioglimento del vincolo coniugale. Epperò anche dal lato medico-legale quest'osservazione offre qualche interesse pratico; specialmente se si badi, che rare sono le occasioni in cui sia il marito accusante la moglie di impotenza; mentre occorrono relativamente più frequenti i casi in cui sia la moglie che accusa d'impotenza il marito.

Se non che anche la questione medico-legale in questo caso non può presentare difficoltà alcuna per essere risolta. È troppo chiaro, per offrire argomento d'ambiguità nell'interpretazione, il disposto dell'articolo del codice, in cui è stabilito che l'impotenza può essere invocata come causa di nullità del matrimonio, quando sia manifesta, perpetua e anteriore al matrimonio. Ora questi tre requisiti, *evidenza, perpetuità* e *anteriorità,* si riscontrano in modo indiscutibile nel caso nostro, in cui trattasi di *mancanza congenita della vagina e dell'utero.*

---

(1) Gillette. *Clinique Chirurgicale des hôpitaux de Paris.* — 1877, pag. 107.
(2) *Union Médicale.* — 1876, n. 134.

Tornerebbe qui acconcio il poter riferire, a complemento della storia, il responso dei magistrati; ma a cagione delle lungaggini giudiziarie, il tribunale non ha peranco risolta la questione. Benchè già fin d' ora si possa affermare quale sarà questo responso, duolmi nondimeno di non poterlo qui arrecare a sostegno di quanto già dissi. *Adhuc sub judice lis est.*

SULLA PRESENTAZIONE DELL'ADDOME

studio

del Dott. OTTAVIANO MARCHIONNESCHI

Ajuto alla Clinica Ostetrica e Ginecologica di Pisa

Nella storia delle varie teorie che da Baudelocque in poi dominarono sulle presentazioni e posizioni del feto, sta la storia della presentazione dell'addome.

Diamo un piccolo cenno di quelle per venire in seguito a dire più specialmente di quest'ultima.

Alla pari di tante altre presentazioni, come per esempio quelle del petto, della nuca, dei fianchi, ecc., subì anche la presentazione addominale la condanna della soppressione e del bando dai trattati ostetrici di alcune notabilità scientifiche, mentre poi in altri pure pregevoli trattati le si mantenne un posto, e non degli ultimi, nella classazione delle presentazioni del feto: come da queste neanche si volle falcidiata la presentazione del dorso.

Solayres e Baudelocque, che primi fissarono e classarono per ordine le varie parti del feto, che, secondo essi, avrebbero potuto affacciarsi o presentarsi allo stretto superiore, misero fuori un elenco di regioni, di superfici, di faccie, di punti che per lo smisurato numero, per la sottigliezza delle suddivisioni impressionerebbero sfavorevolmente al certo chiunque, partendo pure da un profondissimo sentimento di ammirazione per questi scrittori, si mostrasse intenzionato di religiosamente seguirne tutte le teorie, tutti gli studi.

Era ben naturale che battute per breve tempo le traccie dei Solayres e dei Baudelocque, prendesse vaghezza agli studiosi di tentare nuove classazioni, incominciando dal provare se fosse pos-

sibile almeno una semplicizzazione, una modificazione nel numero. Così sperarono ancora di facilitare questo tema delle presentazioni e delle posizioni senza che minimamente scemasse il buono e l'utile delle leggi generali che aveva servito di guida allo studio nuovo, già ferace di ottimi frutti.

Attraversando molteplici ostacoli, ma tenendo sempre fermo nei propositi sorti dietro casi di osservazioni numerose e diligenti, si pervenne a togliere dall'elenco delle presentazioni e posizioni talune che per la poca o quasi nessuna differenza con altre ormai accettate per classiche, cessavano d'avere importanza veruna, il meccanismo del parto neppure allontanandosene gran cosa. E si tolsero anche perchè se non erano da dirsi impossibili, niuno ancora portava fatti sicuri per ritenerle come osservate, come esistite almeno una volta.

Lo spirito d'innovazione e di riforma si palesa incessantemente in progresso nelle opere di Gardien, di Capuron, di Mad. Boivin, la cui mercè nuove classificazioni si adottano e le presentazioni e le posizioni vengono a scemare grandemente di numero. Infatti noi troviamo in Baudeloque una nomenclatura che si compone di 23 regioni e di 94 posizioni tolte dal considerare l'*estremità dell'ovoide fetale*, cioè il vertice, i piedi, le ginocchia e le natiche; la *faccia anteriore*, in cui comprende la faccia, la parte anteriore del collo, la parte anteriore del torace, il ventre, la parte anteriore delle coscie; la *faccia posteriore*, in cui sono l'occipite, la nuca, il dorso, i lombi; le *faccie laterali* destra e sinistra, e sono i lati della testa, del collo, le spalle, i lati del torace, le anche. Tutte queste parti sono raffrontate con i punti estremi di tutti i diametri dello stretto superiore.

Gardien, Maygrier, Capuron, incominciarono a fare le prime sottrazioni e se ne ottenne senza pregiudizio della naturalezza dei fatti un'altra nomenclatura, quella detta del Capuron, che risulta di 12 regioni e 43 posizioni. Sempre parecchie!

Ei stabilì per punti cardinali del bacino solo le estremità dei diametri obliqui. Quindi quattro posizioni per ciascuna regione, e a quattro piani del tronco ridusse tutte le suddivisioni che Baudelocque di questo aveva fatte. Nella classazione del Capuron rimasero il vertice, i piedi, le ginocchia, le natiche, poi le faccie della testa e del tronco; così della testa la faccia anteriore, faccia propriamente detta, la faccia posteriore e l'occipite, il lato destro e il lato sinistro; e pel tronco ugualmente le faccie laterali, la

faccia anteriore e la faccia posteriore, ossiano i lati del feto, il dorso e la regione opposta, e tutte queste si continuarono a studiare in quattro differenti posizioni: 1 anteriore destra; 2 anteriore sinistra; 3 posteriore destra; 4 posteriore sinistra.

Nè si arrestò qui il lavorio di selezione, di eliminazione, di scarto; ma camminò e camminò ancora, e principale contribuzione si ebbe dalle osservazioni e dagli studi di Hunter e Denman, della Lachapelle, di Dugés, Dubois, Stoltz, di Boèr e di Naegele ed altri.

Madama Lachapelle soppresse le presentazioni dell'occipite, dei lati della testa, del collo, poi quelle delle anche e della faccia anteriore e posteriore del tronco, nonchè le posizioni *dirette* in avanti ed in dietro, cioè pubiche e sacrali dirette, e sostenne invece le occipito-trasversali. E con il concorso di tutti i sopraricordati autori, ognuno intento a dimostrare la insussistenza, la poca utilità ed anche il danno di tante presentazioni, ed ognuno dandosi attorno per assottigliare sempre più il numero, le presentazioni furono, in ispecie poi per opera del Naegele, ridotte a cinque, alle seguenti:

Vertice, faccia, ovoide pelvico, lato destro e lato sinistro.

Non volendo condurre tanto in lungo il mio cenno istorico sulle presentazioni in genere, sono sceso rapidamente alla moderna, all'ultima nomenclatura, risultante del più piccolo, del più ridotto numero di regioni.

Tornando però un passo addietro ed arrestando per un istante la corsa precipitosa degli innovatori, dei demolitori, vediamo un po' quel che ammettessero tolto giustamente e quel che volessero risparmiato, in ispecie a riguardo delle *presentazioni viziose*, lo Stein, l'Asdrubali, il Gardien, il Capuron ed altri loro seguaci.

Tutti costoro, mentre furono d'accordo nel sopprimere molte delle presentazioni volute dal Baudelocque e da quelli della sua scuola, eransi fermati poi a riconoscere la necessità di conservarne alcune che dai loro successori non vediamo più accettate. Per gli ostetrici ultimi ricordati, le *presentazioni viziose* avrebbero dovuto essere le seguenti:

1. Superficie laterale destra del corpo del feto.
2. Superficie laterale sinistra.
3. Superficie anteriore.
4. Superficie posteriore.

Ma come abbiamo veduto, la classazione delle presentazioni viziose del feto è oggigiorno portata ai minimi termini, e, come è di tutte le cose che a distanza dalla loro origine le si osservano in un modo o in un altro cambiate e talora anche dimenticate affatto, così qui abbiamo terminato con affermare che due sole sono e possono essere le presentazioni del tronco o le presentazioni così dette viziose o anormali o trasverse, e precisamente quella della superficie laterale destra e quella della superficie laterale sinistra. E taluni dicono che fu M. Lachapelle che oprò questa estrema riduzione cui siam giunti, come fu essa che le presentazioni laterali circoscrisse con la denominazione di presentazione della spalla destra e presentazione della spalla sinistra.

Tuttora, in fatto di presentazioni del tronco, domina l'esclusione di qualunque che non sia laterale, mentre anche sul principiare del secolo presente vari ostetrici ritenevano ancora le quattro presentazioni che su ricordammo: così il Pastorello, il Velpeau stesso, sebbene dica le due dell'addome e del dorso rarissime e infine non molto dissimili da quelle dei lati.

Fra i moderni abbiamo il Balocchi, il quale nel suo trattato non si mostra alieno da accordare che quali irregolarità si diano talora le presentazioni: 1° del lato del petto e dello addome; 2° della spalla e del dorso, anzi ne aggiunge un'altra; 3° della spalla e del collo; 4° ed un'altra ancora della spalla e del davanti del petto. E queste, tanto per la spalla destra che per la spalla sinistra, le cui presentazioni uniche poi chiama dirette o regolari (pag. 385). (Non accenna però come ben si vede alla presentazione dell'addome vera e propria). Mi permetto una digressione per una espressione usata dal Balocchi. Non istà la qualifica di regolare ad una presentazione anormale come quella della spalla stessa, neppure se si voglia messa a significare la vera, la propria, la genuina presentazione della spalla. Difatti, dove se ne può trovare una più irregolare di questa?

Pure, se apriamo i trattati ostetrici di scienziati non lontani da noi, se ci poniamo a sfogliare le monografie pubblicate, ci imbattiamo in fatti che per la loro specialità rimarrebbero fuori della classazione odierna e starebbero invece bene allogati là dove entrano il dorso e l'addome, classazione quest'ultima che poi oggi non si vuol più.

È il caso di ripetere col poeta:

Cacciarli il ciel per esser men belli
Nè lo profondo inferno li riceve,
Che troppa gloria i rei avrebber d'elli.

Infatti, nelle opere di Mauriceau, Deventer Smellie, sono esposti e designati vari casi delle molte presentazioni allora ritenute possibili, e fra queste hanno il loro posto d'onore le presentazioni dell'addome. La stessa Lachapelle, che è dalla parte degli oppositori cioè di quelli che non credono a tali presentazioni, narra due casi di presentazione del lato destro del petto.

Per far capo più direttamente allo scopo del nostro studio, mettiamo ora da banda qualunque considerazione generale sulle presentazioni viziose del feto e prendiamo solo a trattare di una di esse, della *presentazione* detta *dell'addome,* o *del ventre,* o *della superficie anteriore del tronco.* Se si vorrà in qualche modo dubitare della verità di tante e tante asserzioni e attesi i limitati, per non dire mancanti progressi della semiotica ostetrica, mettere in forse la diagnosi di taluni che troppo spesso parlarono di presentazioni addominali e dorsali cadute loro sotto nella pratica d'ospedale o in quella privata o intese narrare da colleghi, io penso che un tale appunto non sia permesso di farlo ad osservatori ed ostetrici i quali, oltre ad avere a disposizione loro tutti i portati moderni, i frutti degli studi e dell'osservazione tocologica più avanzata e insieme agli altri una pratica saggia ed estesa, godono anche il vantaggio di potere di viva voce convertire gli scettici e all'evidenza dimostrare la verità con i fatti alla mano.

Se la presentazione dell'addome è così rara, se tanti la negano, se taluno dice che è stata confusa con altre e per ciò solo creduta esistente, se in verità qualche giudizio fu sbagliato, bisognerà adunque *sempre* battezzare un errore diagnostico quello di colui che attestasse avere nell'esplorazione d'una partoriente raccolti i segni d'una presentazione dell'addome? A me pare di no, e Pastorello molto seriamente scrisse che se un pratico non ha mai veduto la presentazione dell'addome, quantunque da molti anni eserciti quest'arte, non ha però il diritto di negare fede ad altro coscienzioso ostetricante che assicura d'averla qualche volta osservata.

Coloro che votarono per la soppressione della presentazione dell'addome e ne caldeggiarono la radiazione dai libri ostetrici, vantando la giustezza, la necessità, la convenienza della propria

causa, non poterono però dar di frego, imbiancare ogni osservazione di presentazione dell'addome attestata da rispettabili colleghi: parlarono perciò di eccezioni che rarissimamente sorgevano a contrariare le loro leggi cliniche, scientifiche, e furono solleciti ad aggiungere che se talora si avevano sull'orifizio uterino le regioni del dorso e dell'addome, ciò accadeva temporariamente, non per tutta la durata del parto, e ci volevano per di più certe peculiari condizioni del feto, o se no dovevano essere precedute (Naegele) manovre di versione od altre mal dirette operazioni, oppure si trattava di feti morti od immaturi.

Secondo l'Hubert, se si osservano, presentano semplici varietà della presentazione della spalla e non portano cambiamento alcuno alle difficoltà alle indicazioni od alle manovre dell'arte.

Il Playfair scrive che oltre la spalla, altre regioni del corpo fetale, per esempio il dorso o l'*addome*, possono eccezionalmente riposare sull'orifizio uterino ad un periodo poco avanzato del parto; ma queste presentazioni, a misura che il travaglio progredisce, sono quasi sempre rimpiazzate dall'estremità superiore.

Per converso, chi ammette la presentazione dell'addome potrà rispondere ai suoi oppositori che esistono storie cliniche di presentazioni addominali riscontrate *con feti a termine* e *con feti vivi* e presentazioni addominali in gravide le quali non furono passive di manovre ostetriche di sorta alcuna. Un solo fatto positivo, osserva il Pastorello, basta per abbattere qualunque negativa asserzione.

La discrepanza d'opinioni si potrà spiegare colla ragione del diverso momento in cui si praticarono le esplorazioni. Alcuni si occuparono di determinare la presentazione subito che fosse iniziato il parto, e dissero aversi le presentazioni delle quattro superfici del tronco perchè ci si imbatteremo negli esami loro occorsi a quel periodo. Altri eseguirono l'esame a travaglio innoltrato e non avendo mai trovato più che uno degli ovoidi fetali o la spalla, negarono la presentazione di parti del tronco differenti e stabilirono che quelle erano le sole presentazioni, mentre tutte le rimanenti non rappresentavano che semplici deviazioni le quali non duravano a persistere terminando esse più presto o più tardi in una delle tipiche, per essi, unicamente accettabili. Ma non regge neppure quest'ultima obbiezione dinanzi al fatto che anche a sopraparto avanzato, anche in prossimità del momento di espulsione del feto fu continuato a sentire l'addome, come pure

il dorso, e dal Pastorello apprendiamo che queste due regioni, in ispecie poi il petto ed il ventre, sono infine meno suscettibili di mutazione a differenza di altri punti delle superfici fetali che si videro più volte sostituiti dalle comuni regioni della testa, della pelvi, della spalla.

La presentazione dell'addome dunque esiste? *To be or not to be; essere o non essere:* la famosa ed immortale espressione dello Shakespeare non è qui fuori di posto; essere o non essere è tale questione che stassene tuttora gigante in mezzo ad una congerie di teorie che per taluni saranno sempre giovani, sempre belle e sempre grandi; per certi altri lettera morta e niente più.

C'è o non c'è questa presentazione? Siamo tenuti a dare ormai la nostra risposta e la diamo subito, fortunati di poterla fare sotto l'egida della clinica osservazione, e quel che più monta, dopo avere, come si suol dire, *veduto coi nostri occhi*, per la eccezionale circostanza di essere qui giudice e parte al tempo stesso.

A procedere però con la maggiore regolarità e dirittezza possibili e per toccare più davvicino la meta scindiamo il quesito in tre parti:

1° La presentazione dell'addome allo scoperto dalle appendici che a lui formano gli arti, cioè dell'addome al nudo col solo funicolo ombellicale che pende dal centro della parte presentata si può ritenere possibile?

2° Si danno altre presentazioni addominali meno questionabili?

3° Il feto in tali casi giace in senso trasversale, orizzontalmente sullo stretto superiore?

1° Se si leggono i trattati degli scrittori d'ostetricia propensi a contare fra le presentazioni anche quella dell'addome, i trattati di coloro che la sostengono a spada tratta, se si osservano anche superficialmente i disegni che essi tracciarono delle presentazioni addominali da loro incontrate od illustrate, vien subito fatto di richiedersi come può darsi che il feto si collochi in quella situazione, come può prestarsi l'utero a comportarvelo. La presentazione dell'addome essi infatti ce la descrivono per quella nella quale il ventre del feto combacerebbe col centro dell'orifizio uterino, il funicolo rimanendo a questo perpendicolare.

La testa è estesa fino a toccare con l'occipite il dorso, le natiche rovesciate indietro e la colonna vertebrale viene a fare un

arco di cerchio la cui concavità riguarda in alto e la convessità in basso; così il tronco del feto si rassomiglierebbe ad un giunco, ad un'asta pieghevolissima con le proprie estremità tendenti ad avvicinarsi fino quasi a toccarsi se la parte centrale convessa del fusto stesso resista.

Ora chi è che non vede come *per solito* nel feto manchi tanta flessibilità, se la piegatura del tronco si voglia ottenere dalla faccia opposta a quella nella quale ordinariamente è permessa, ossia se si voglia inclinare sulla regione del dorso e non sulla anteriore. È per il mancare di questa stragrande pieghevolezza che l'estensione del polo fetale superiore e del polo inferiore costringeranno l'utero ad un ampliamento enorme nel senso trasversale. Ma questa distensione dei diametri trasversi non potendosi dire ordinaria che anzi essendo assai inconcepibile, ritengo che la presentazione dell'addome, intesa così come sopra fu definita, sia unicamente da accordarsi siccome eccezionale e rarissima e non sussista se manchi il concorso di condizioni specialissime e per simile fatto indispensabili. Lascio di considerare che la vita del feto stando così, non solo versa in pericolo, ma sicuramente cessa; se poi il feto anche riesce a vincere per qualche poco ed impunemente per sè e per la madre la resistenza delle fibre sui lati dell'utero, è facile che le contrazioni susseguenti all'incessante irritazione ivi destata, ripongano a loro volta il feto, se non in una situazione normale, almeno in una tale che ai due individui sia più tollerabile del rovesciamento del feto stesso, della sua inflessione posteriore.

Concludendo adunque, si potrebbe fin d'ora sentenziare che una presentazione dell'addome solo, intesa come la figurano i disegni dello Smellie e del Deventer, *a feto vivo,* non si deve dare.

2° Giusta quanto osservai e per le riflessioni che feci e che più oltre riporterò, esisterebbe invece un'altra presentazione addominale, la quale può verificarsi con probabilità maggiore e relativamente *senza danno* per la madre e per il feto, e non come la suddetta, questionabile.

In questa presentazione, per me più accettabile, abbiamo la colonna vertebrale flessa nel suo senso naturale, anteriormente; gli arti superiori ed inferiori aggruppati sull'addome del feto ed in vicinanza massima dell'orifizio uterino. Il dorso fetale guarda superiormente. Ripeto qui che la presentazione del solo addome, cioè la presentazione prima descritta, con gli arti allontanati, con po-

stero-flessione della colonna vertebrale del feto, è rarissima, per non dirla impossibile evenienza, e deve di necessità accompagnarla un insieme di circostanze che se si avverano talora isolate, difficile è che si trovino riunite. Queste condizioni dovrebbero essere per lo meno queste: feto morto e piccolo e che giaccia nell'utero obliquamente; anormale flessibilità della colonna vertebrale del feto stesso, una speciale malattia della colonna vertebrale, utero poco o punto irritabile, multiparo, rilasciato, esageratamente largo, bacino ampio.

3° Tutti gli autori sono oggi d'accordo a negare una situazone del feto veramente orizzontale anche quando si tratti di presentazione dei suoi lati, anche cioè di quelle che impropriamente ebbersi il nome di presentazioni trasverse. Il Welpeau lasciò scritto: « Sia che la testa si rovesci da un lato indietro o in avanti, che la spalla, il petto od il dorso tendano ad impegnarsi, il resto del tronco non occupa punto meno spesso il fondo dell'utero e non si trova punto meno in rapporto con l'asse verticale dell'utero dal momento che le contrazioni agiscono con qualche energia. Credo adunque con Burton che *le posizioni francamente trasversali siano quasi impossibili,* e che la testa, le spalle e le natiche, tendono sempre a portarsi verso il fondo dell'utero. »

È il diametro longitudinale dell'utero che la vince sul trasverso, e se il contenuto deve adattarsi al contenente, se una legge di accomodazione così intesa esiste, il feto non giacerà davvero orizzontalmente sull'orifizio uterino.

E che questa legge d'accomodazione abbia ragione d'essere, ce lo assicura quella grande autorità che è il Pajot. « Quand un corps solide est contenu dans un autre, si le contenant est le siège d'alternatives de mouvements et de repos, si les surfaces sont glissantes et peu anguleuses, le contenu tendra sans cesse à accomoder sa forme et ses dimensions aux formes et à la capacité du contenant. »

Ma poi anche con utero grandemente slargato, il feto non può situarsi e rimanere trasversale (Schröder), le natiche sono più elevate che la testa. Così che pure nelle presentazioni dette trasverse ossia del lato destro e sinistro del tronco il feto starebbe in una giacitura intermedia fra il diametro longitudinale e il trasverso dell'utero, in conclusione terrebbe una *posizione obliqua.* A fortiori, eî dovrà tenerla questa giacitura nelle presentazioni del tronco che non siano quelle dei lati.

Forse sarebbe lecito di chiedere se una eccezione potesse costituirla la presentazione del dorso attesa la grande flessione, il raddoppiamento efficace del feto, in ispecie se morto, piccolo, immaturo, e in utero largo assai, e una seconda eccezione per la presentazione dell'addome con tutti gli arti insieme e nella quale il feto avesse al massimo accostate le sue due estremità ovoidali, la testa ed il bacino: in quest'ultimo caso però, con tutta questa piegatura del feto sullo stretto superiore, sul principio non si riscontrerebbe alcunchè, poichè vi si sarebbe messo in rapporto il vano della concavità del corpo fetale.

PARTE CLINICA

OSSERVAZIONI.

Negli annali della scienza, a prendere le mosse da un'epoca non troppo lontana da noi e da quando la teoria delle presentazioni delle posizioni già era un po' sgombrata di tanti elementi inutili, di tante ripetizioni di parti, i casi delle presentazioni addominali che si incontrano si possono numerare sulle dita.

Holmes nel 1844 pubblicò nella *Gazzetta medica* un caso di presentazione del ventre.

Nel 1861 Lenöel diede alle stampe una memoria intitolata: *Observations de presentation de l'abdomen* (*Bull. de la Société médicale de Amiens*). Il Joulin, nel suo trattato, fa parola di una presentazione del petto, lato destro. Si trattava di un feto morto e di una gravida in sopraparto da quarantott'ore; con grande difficoltà si potè mettere insieme la diagnosi.

Due altri identici casi sono narrati dalla Lachapelle. Non un solo mi occorse di ritrovare in tutti gli archivi di ostetricia, ecc., tedeschi, e neppure nel Beiträge di Scanzoni, nè altrove. Al Pastorello capitò una presentazione del dorso ed altra dell'addome. La letteratura ostetrica moderna mi fornì gli unici fatti che ora riporto e due dei quali devo alla cortesia e bontà dell'egregio Prof. Mangiagalli, che mi piace di ringraziare qui dal profondo del cuore.

Osservazione I. — *Straordinaria presentazione di feto a termine.* (Relazione del dott. Luigi Cantù. — *Gazzetta Medica Italiana Lombardia,* N. 32-33).

Adele Mojoli, contadina, di anni 23, secondipara, abitante nella Cascina Regombella, frazione del Comune di Correzzana. Il primo parto a termine, in presentazione cefalica, fu di durata piuttosto lunga ma spontaneo; esso avvenne diciotto giorni prima. La sua seconda gravidanza la passò senza notevoli incomodi, avvertendo solo un volume del ventre più notevole del normale. Fu presa dai primi dolori al mezzogiorno del 5 aprile. Alle 10 pom. dello stesso giorno le contrazioni uterine si rendevano più decise. Alle 7 ant. del giorno 6 avvenne la rottura del sacco amniotico con scolo di liquido assai abbondante. Alla levatrice la parte presentata parve la testa. Non progredendo il parto, alle 3 e mezza pom. del 6 vennero amministrate due polveri di segale cornuta. Da allora in poi la partoriente non avvertì più i moti del feto. Il dott. Cantù con il dott. Albertario giunsero presso la Majoli alle 8 e mezza pom.

La conformazione pelvica della Majoli venne trovata normale. Entro la cavità pelvica si riscontrò « un'ampia massa rotondeggiante la quale nella sua porzione centrale e destra (relativamente al bacino) presenta, sotto una pastosità superficiale, una resistenza come di tessuto parenchimatoso. »

Dapprima i due medici furono proclivi a credere trattarsi di una testa abnorme, mostruosa; ma la mano introdotta per guidare una branca del forcipe li convinse dell'errore, senza per altro riuscire a precisare la diagnosi. Allora il dott. Cantù si decise ad intaccare la supposta massa cefalica con l'uncino ottuso; l'uncino, dall'apertura fatta, traeva seco un'ansa d'intestino tenue. « Non senza meraviglia, scrive l'autore, eravamo dunque testimoni di una presentazione addominale non solo allo stretto superiore, ma spinta nella escavazione fino al pavimento perineale. » Con la versione podalica venne tosto compiuta la liberazione. Puerperio regolare. Il feto, di sesso femminile, era a termine. Il tumore di parto alla sua sede denotava una presentazione addominale. La massa resistente che si sentiva col riscontro era costituita dal fegato.

Osservazione II. — N. 232 dell'anno 1880. (Registro clinico dello Istituto Ostetrico di Santa Caterina in Milano, diretto dal cav. prof. Domenico Chiara).

Primipara, d'anni 22, sarta. Entra nell'Ospizio il 30 settembre. Alta m. 1,44. Pelvi piatta, rachitica.

Fra le spine	ctm.	24
Fra le creste il. . . .	»	23
C. T.	»	16
Obl. d.	»	23 ½
Obl. s.	»	24 ½
C. D.	»	9

Incerta la data dell'ultima mestruazione.

Il travaglio esordì il 18 ottobre alle 10 pom. Ascoltazione negativa; i moti attivi mancano da alcuni giorni; la presentazione è sconosciuta. Il giorno 17, alle ore 7 pom., la dilatazione del collo è di 6 ctm.

Si rompono artificialmente le membrane; ne cola liquido nerastro non fetente. Col riscontro si avverte come parte presentata una specie di borsa flaccida e spingendosi col dito alla periferia di questa, verso l'arco pelvico di destra, si arriva sulle false coste per cui si fa diagnosi di presentazione della regione toraco addominale; più tardi si arriva col dito fino alla inserzione del funicolo.

Si amministra un grammo di segale. Parto spontaneo alle 9 ½ pom. Prima s'impegna alla vulva la regione latero-addominale sinistra, poi fuoriesce l'ovoide podalico e quindi il resto del tronco.

Feto di sesso maschile, macerato, del peso di gr. 1780. Puerperio regolare.

Osservazione III. — *Un caso di presentazione e d'impegno del ventre in un parto a termine.* (Dott. Ollivier di Vence. — Dal giornale *Lyon Médicale*) (1).

X., abitante il Comune di Montregard (Haute Loire), fece chiamare il dott. Ollivier il 22 settembre per sua moglie, che è in sopraparto da circa trent'ore.

La donna, dell'età di circa 34 anni, ha già avuto più parti, i quali non hanno presentato alcunchè di speciale. La gravidanza attuale è stata normale. La donna è stata sempre bene ed è giunta a termine di gravidanza senza alcun fenomeno morboso. I dolori sono incominciati da circa trent'ore. Verso l'ora ventesima essi sono stati fortissimi, poi hanno diminuito d'intensità rimanendo però sempre inquietanti. È stata emessa una piccola quantità di liquido amniotico.

Il dott. Ollivier trova la donna in piedi e che passeggia per la camera, come usano in quei paesi per dare maggiore attività al dolore. Ella è ancora in buono stato di forze, abbenchè affaticata, e chiede con grandi grida che si faccia partorire.

Al riscontro si sente un tumore schiacciato nella escavazione del bacino e che può essere circoscritto dal dito. Questo tumore è liscio, elastico e resistente. Indietro si avverte un rilievo osseo, arrotondato, e che richiamerebbe un po' la figura delle ossa della testa fetale.

Stupito di questa presentazione anormale, il dott. Ollivier fa coricare la donna in letto ed allora constata, aprendo le grandi labbra, che a due centimetri dall'orifizio vulvare esiste un tumore bianco, liscio, senza la minima asprezza. La meraviglia fu allora grande, ed il diagnostico rimase per un poco incerto. Frattanto, ricordando il colore biancastro della dura madre e credendo ritrovare indietro le ossa del cranio, giunse per eliminazione a pensare che si trattasse di un encefalocele. Pure scorgendo sempre poca chiarezza nella diagnosi, fece chiamare a consulto il dott. De Besse di Montfaucon.

Dopo avere attentamente esaminato la malata, fu egli pure

---

(1) *Un cas de présentation et d'engagement du ventre dans un accouchement à terme*, par le D.r Ollivier (de Vence).

della stessa opinione, ed in conseguenza consigliò un'applicazione di forcipe che riuscì infruttuosa. Provarono allora la versione, ma fu impossibile di passare la mano fra il tumore impegnato e le pareti del bacino. Arrivarono fino allo stretto superiore senza poterlo sorpassare. Abbandonarono allora la versione per fare ciò che avevano dapprima creduto essere una craniotomia.

Allontanate da ajuti le labbra della vulva, con un bistori curvo il dott. Ollivier incise il tumore. La prima incisione fece scorgere piccoli gomitoletti che sembrarono essere sostanza cerebrale.

Ingrandì l'incisione, e con grande meraviglia fu visto uscirne gli intestini del feto. « Noi, scrive l'Ollivier, avevamo dinanzi una presentazione del ventre. La diagnosi era chiarita, ma non ogni difficoltà tolta. Infatti il feto era troppo impegnato nella cavità del bacino per poter tentare una versione, noi non abbiamo possibilità di presa su lui. Vuotai allora una parte della cavità addominale. Uscirono così il fegato e gli intestini. Potei farmi un po' di posto, ciò che mi permise dopo varie prove, di passare la mano fra le pareti del bacino e la parte posteriore del feto.

« Verso il mezzo del dorso sentii un rilievo seguito da un infossamento. Sperai trovare a questo livello un punto d'appoggio ed infatti giunsi a collocare l'uncino smusso del mio forcipe a livello dell'infossamento. Pregai allora il dott. De Besse di tirare sull'uncino intanto che io lo manteneva solidamente applicato. Dopo trazioni energiche, il feto discese raddoppiato. Disimpegnammo i piedi e la testa uscì facilmente. Diciamo subito che il risultato fu dei più felici.

« Dieci giorni dopo, la donna era pienamente ristabilita.

« All'esame del feto riconoscemmo le seguenti particolarità:

« 1. Il centro del tumore, e per conseguenza della incisione che abbiamo fatta, corrispondeva alla fossa iliaca destra, un po' più basso che il mezzo d'una linea tirata dall'ombellico alla spina iliaca anteriore e superiore. Il feto dunque doveva essere posto nell'utero della madre nella posizione seguente: *dorso indietro* ed a sinistra, come pure la testa; le gambe ed il bacino a destra. Il tronco, completamente piegato in due e formante un angolo acuto a vertice diretto in basso ed impegnato nel bacino. Al livello della fossa iliaca destra non eravi traccia di tumore sanguigno. La pelle era dovunque bianca e liscia.

« 2. L'uncino del forcipe era impiantato nel mezzo del dorso. A questo punto avevasi una larga ferita e la colonna vertebrale

era completamente lussata di modo che la parte superiore del feto poteva applicarsi sulla parte inferiore.

« È probabile che gli sforzi soli della natura per effettuare il parto abbiano prodotto una lussazione della colonna vertebrale in avanti e che l'uncino del mio forcipe non abbia fatto che perforare ed ingrandire l'apertura. »

Osservazione IV. — (*Dello scrivente*).

La sera del 19 dicembre 1881 sono in tutta fretta chiamato da una levatrice della città alla casa numero sedici in via degli Orafi. La levatrice mi presenta una donna in sopraparto da alcune ore e mi fa conoscere la ragione per la quale aveva richiesto il soccorso ostetrico.

Dubita di una presentazione anormale.

La partoriente è certa Fil. Em., una donna sulla quarantina, di professione attendente a casa. Un po' emaciata, pallida, di non florida salute. Mi narra di avere sofferto una grave malattia dell'apparecchio respiratorio, che ella chiama una forte bronchite.

Ebbe la prima mestruazione a quattordici anni.

Le gravidanze antecedenti in numero di otto, procederono normalmente, così i parti ed i puerperii.

L'ultima mestruazione le comparve nel marzo.

La pelvi della F. E. è normale. La gravidanza a termine, il sopraparto incominciato da ventiquattr'ore; le acque dell'amnios scolate da molto tempo. L'utero presenta una forma non delle ordinarie ed è un po' più ampio ai lati. Il feto è vivo, ma fa temere per la sua esistenza. Al riscontro, nel centro del bacino si apprezzano molti rilievi evidentemente costituiti dalle regioni degli arti superiori ed inferiori riuniti.

Riconosco il caso per importantissimo e prego l'esimio mio maestro il prof. comm. C. Minati, di voler vedere meco la donna, ed esso prontamente annuisce. Ripetendo l'esame, si constata che l'ovoide pelvico è diretto a sinistra, la testa fetale a destra; il corpo fetale fa quasi arco di cerchio sullo stretto superiore.

Ricordo sempre la frase originale ed appropriata con cui il professore Minati mi die' conto del resultato della sua esplorazione. « Sento qua, ei mi disse, tanta gente a conversazione; » e subito dopo potè soggiungere: « lo credo un bellissimo caso di presentazione addominale. »

Il dorso era collocato superiormente, l'addome perciò in basso: quest'ultimo era alla lettera nascosto, coperto dagli arti superiori ed inferiori che vi si raggruppavano.

Il feto poco o punto discendeva; le contrazioni che pure non mancavano, avevano però poca energia, molta brevità. La donna era un po' agitata e si preoccupava fortemente della nostra presenza, sospettando un qualche atto operatorio grave. Tranquillizzammo la poveretta con dichiararle che si trattava di dare un semplice ajuto al parto, e così la potemmo far collocare convenientemente a sponda di letto, avendo deciso di devenire subito all'atto operatorio, ogni più lieve indugio essendo pericoloso.

Introdotta la mano destra, non mi fu difficile afferrare un ginocchio e lungo questo poi un piede. Secondo i precetti dell'arte, guidando la trazione, ottenni il disimpegno di tutto quest'arto fino alla parte superiore della coscia, dove scorsi il funicolo avvolto a questa e strettovi attorno così fortemente da non potervi sul subito passare al disotto neppure un pajo di piccole forbici. Stiratolo delicatamente da una parte, riuscì infine sottoporre alla voluta del funicolo un dito e su questo fu tosto eseguito il taglio del cordone stesso.

Tanto era teso ed avvinto, che appena intaccato col tagliente sprillò impetuosamente il sangue, che in buona copia prese la direzione del mio viso, sì che ne ebbi la vista momentaneamente offuscata. Liberai sollecito il resto del tronco; la testa non frappose ostacolo alcuno all'uscita e potei estrarre con molta celerità il feto che quasi subito vagì.

Il feto era a termine, di sesso femminino, sano, ben conformato. Il puerperio procedè normalmente.

L'urgenza del soccorso ostetrico reclamato più specialmente per la vita del feto, la necessità di ristabilire nella donna la calma perduta, m'impedirono di raccogliere maggiori notizie, di istituire più precisi esami. Ho pensato perciò di dare un disegno della presentazione, facendo così servire la figura di completamento alla storia.

D' un' altra presentazione nel ventre che so essere stata osservata, ora non è molto, in Firenze mi mancano i particolari. Me ne venne data comunicazione orale dall'egregio Dott. E. Grassi aiuto alla Clinica ostetrica di Firenze. Fu il Prof. Balocchi che la incontrò; nelle sue lezioni orali ne faceva di rado uu brevissimo cenno e confessava francamente che fin allora aveva creduto impossibile tale presentazione.

Analisi dei casi narrati e riflessioni relative.

Osservazione I. — *Straordinaria presentazione di feto a termine.* (Relazione del Dott. Luigi Cantù).

Qui non si fa parola della situazione degli arti. Il feto era morto, l'addome stavasene nella parte più bassa dell'escavazione. Era proprio la presentazione dell'addome tal quale la figurarono il Deventer, lo Smellie, il Maygrier ed altri: per essersi solo avanzato il ventre, senza dubbio gli arti inferiori e superiori eransi allontanati gli uni dagli altri e con essi i rispettivi punti d'attacco ossiano gli ovoidi delle natiche e della testa, sotto cui stanno. E di quanto questi ovoidi si discostarono anteriormente di tanto si avvicinarono fra loro nella superficie posteriore del feto. La colonna vertebrale perciò dovè retroflettersi.

Il feto era a termine, ma morto; la donna ben conformata, multipara: per conseguenza l'utero in condizioni più favorevoli ad una situazione anormale del feto. Il bacino, che nella storia è dichiarato normale, non sappiamo quale e quanta ampiezza offrisse nei suoi diametri; ma non possiamo a meno di supporlo piuttosto grande, dal momento che agli esami esterni non rivelò nè generale nè parziale angustia.

Riflettasi che il feto a termine presenta volume, peso e lunghezza *non sempre costanti.*

Convaliderò questa asserzione con una conclusione del professor G. Calderini che nel suo elogiato lavoro dal titolo: *Le dimensioni del feto negli ultimi tre mesi della gravidanza*, potè assicurarsi che « *solo* in poco più della metà dei casi il bambino è partorito col peso di bambino maturo ». Il Budin anch'esso esprime questa opinione: *les enfants a terme ou qu'on a tout lieu de croire tels presentent parfois, on le sait, des différences considérables de poids* (1). Aggiungendo a ciò la conclusione che io trassi dal mio studio sulla Fetometria (2), cioè che la lunghezza del corpo e delle misure craniensi cambiano in ragione del variare del peso

(1) *Recherches sur les dimensions de la tête du fœtus*, par Budin.

(2) *Fetometria*, studi ed osservazioni del dott. O. Marchionneschi. — *Annali d'Ostetricia*, settembre, 1880.

e applicando queste riflessioni al caso del dott. Cantù, possiamo conseguentemente legittimare il sospetto che non siano mancate dal lato del feto condizioni favorevolissime a quel raro impegno della regione addominale. Ciò non pertanto la relazione dell'egregio dott. Cantù non cessa di avere un'importanza ed utilità grandissima.

L'A. vi poggia sopra il seguente corollario: « Non solo può verificarsi la presentazione dell'addome del feto allo stretto superiore, ma tale presentazione può anche fissarsi ed abbassarsi nello scavo in modo che la parte più avanzata venga sotto le più valide contrazioni uterine spinta fino a rendersi visibile fra le grandi labbra ».

Senza dubbio questa era una presentazione dell'addome: ma non si può, per quel che la istoria del dott. Cantù ci fa sapere, non si può infirmare che tale presentazione avesse ad essere da principio una presentazione laterale o della spalla in cui al periodo di discesa siasi avanzato l'addome. In ogni modo noi ricalchiamo la convinzione nostra col ripetere: che l'addome anche a quel modo può presentarsi ma solo nel caso che il feto sia morto e che non facciano difetto le molte e varie condizioni che indietro enumerammo.

Osservazione II. — *Dal registro Clinico dell' Istituto Ostetrico di S. Caterina in Milano, diretta dal Prof. Cav. D. Chiara.* (Relatore Prof. L. Mangiagalli).

In questa pure il feto era morto e per di più immaturo. La pelvi però fu riscontrata viziata. Le condizioni speciali del feto rendono ragione non solo della presentazione ma anche del parto spontaneamente avvenuto.

Osservazione III. — *Un caso di presentazione e d'impegno del ventre in un parto a termine.* (Dott. Ollivier).

Il fatto narrato dal dott. Ollivier porterebbe per qualche parte un buon contributo allo studio che io ho intrapreso e interesserebbe assai per i punti di contatto e d'una certa analogia con l'altro del dott. Cantù. Ma è d'uopo convenire che non è altrettanto netto e deciso. Infatti e ci sarebbe da sospettare qui più che mai che sul bel primo questa presentazione non fosse per nulla

addominale. *Il feto era collocato col dorso posteriore;* nella presentazione dell' addome invece il dorso deve riguardare superiormente, in alto.

Prendendo però in considerazione il caso, solo nel tempo 2° del meccanismo del parto, ossia fermandosi a osservarlo quando eravamo già al periodo della discesa, allora non possiamo negare di riconoscere che il feto era collocato come in una presentazione dell' addome. Infatti, l' Ollivier scrive, il tronco era piegato in due e formante un angolo acuto col suo vertice diretto in basso ed impegnato nel bacino. Resta però a decidere se così vi si trovasse naturalmente o non piuttosto vi si fosse messo in seguito alle manovre operatorie praticate.

Io temerei che qui avessero ad avere ragione coloro (Schröder fra gli altri), che la presentazione dell' addome definirono quale un risultato dello intervento ostetrico, non sempre bene appropriato.

Il prof. C. Minati mi fece giustamente osservare che questa narrazione era molto incompleta e forse non poteva essere classata con quelle che avessero a dare credito e valore alla presentazione dell'addome. Ei prese di mira la contraddizione manifestissima fra la diagnosi di presentazione dell' addome emessa così genericamente ed assolutamente, senza restrizione alcuna in riguardo al tempo in cui l'A. la studiava, e la descrizione della collocazione del feto sullo stretto superiore col suo dorso sentito posteriormente.

Continuando nella nostra analisi considerando che il feto era raddoppiato, ecc. più che così, dico francamente, non si poteva avere davvero; esisteva nientemeno che la lussazione della colonna vertebrale. È questo un fatto che prova una volta di più la certa morte cui è esposto il feto in tale presentazione; lesione consimile non essendo minimamente conciliabile con la vita. Aggiungo che dopo siffatta evenienza il parto avrebbe potuto più facilmente che in altre analoghe circostanze farsi spontaneo. Lo stato della donna, le sue clamorose grida per essere liberata e quindi la necessità dell'intervento dell'arte ne tolsero la bella opportunità.

Osservazione IV. — (Dello scrivente).

La mia istoria, come si è visto, diversifica un po' dalle altre tre, moltissimo diversifica da quelle degli Autori che citai.

La riunione degli arti superiori ed inferiori sulla superficie addominale a quel modo che si possono vedere nella figura, significa flessione grande del tronco del feto nel senso suo più naturale, in quello a cui tende quando se ne sta nella cavità uterina: per conseguenza non obbliga l'utero ad una distensione soverchia nel diametro suo trasverso, non lo stimola esageratamente, non è causa immancabile a destare le contrazioni e quindi tale situazione del feto può durare, mantenersi per tutto il travaglio, non è contraria alla vitalità del feto stesso. Anche la procidenza del funicolo può essere impedita dagli arti stessi insieme e sotto di esso aggruppati.

Alcuno potrebbe levar fuori il dubbio che invece d' una presentazione dell'addome la nostra fosse una presentazione *simultanea di più parti del feto* ossia con tutti gli arti associati. Sappiamo che talora si hanno le seguenti consociazioni:

1.° Consociazione delle mani colla presentazione della testa;

2.° Consociazione dei piedi con la presentazione della testa;

3.° Consociazione di tutte e due le mani con la presentazione delle natiche.

La prima e la seconda combinazione non ha rapporto alcuno con il caso nostro; possiamo adunque lasciare di prenderle in considerazione. Fermiamoci sulla terza e cioè sulla consociazione di tutte e due le mani con la presentazione delle natiche.

Diremo con il Pastorello che ogni volta troviamo le mani e l'estremità addominali all'orifizio uterino non c'è già permesso di affermare perciò la presentazione dell' ovoide pelvico. « Può darsi che sieno all' orifizio i piedi e le mani o queste e i ginocchi mentre in realtà il feto presenta al centro della pelvi la *sua superficie anteriore* od anche la laterale »; nel parto infatti del petto, del ventre essendo *per solito* gli arti superiori ed inferiori adagiati sulla superficie anteriore si osserva spesso che discendono all' orificio dell' utero le mani ed i piedi, quantunque realmente il feto sia in posizione trasversale (1) ».

E ciò torna a capello per il caso nostro, ma a confermare viemeglio la verità della nostra diagnosi di presentazione addominale giova aggiungere che allo stretto superiore, al centro di questo stretto non erano nè l'ovoide pelvico, nè quello cefalico e che nè l'uno nè l'altro vi stavano troppo appresso: al contrario,

---

(1) Pastorello. *Trattato di Ostetricia.* — Pavia, Eredi Bizzoni, 1854.

le natiche in specie, giacevano assai distanti. Per le stesse ragioni non dobbiamo pensare neppure ad una varietà della presentazione delle natiche.

Narrammo dell'atto operatorio con il quale venne liberata la donna. Potevamo agire diversamente? per esempio lasciare il parto alla natura dopo avere eseguito, giusta quanto consiglia il Pastorello, manovre tali da ridurre le natiche al centro della pelvi? Crediamo assolutamente di no; erano scolate da un bel po' di tempo le acque e procurata anche che avessimo la presentazione delle natiche, era a prevedersi per la minacciata inerzia uterina, la probabilità di imbattersi di momento in momento in qualche ostacolo alla pronta espulsione del feto, d'onde il pericolo della di lui vita. Non avremmo provato troppa tranquillità attenendosi ad una più lunga aspettazione.

A sacco integro quello lì è un ottimo precetto; ma con il liquido amniotico scolato si sa che la versione (1) offre difficoltà non

---

(1) Nella Scuola Ostetrica e nella Clinica Ostetrica di Pisa diretta dal Professor Carlo Minati non si tengono per sinonimi le due espressioni di versione e di rivolgimento. Credo che sia prezzo dell'opera esporne le ragioni e nel farlo m'inspirerò ai concetti più volte intesi illustrare dal mio stesso Maestro, il ricordato Prof. Minati ed alle definizioni della Scuola Toscana.

Questa Scuola Toscana, rappresentata da Vannoni e da Balocchi, fece sempre distinzione fra la *versione* ed il *rivolgimento:* volendo col primo nome significare *la sostituzione d'una presentazione normale ad una anormale, senza terminare il parto* e chiamando poi rivolgimento *quella operazione manuale con la quale si riconducono i piedi od i ginocchi del feto allo stretto superiore, quando ne erano più o meno lontani e si estrae il prodotto con trazioni esercitate su queste parti.*

Lo sviluppo che ha preso la *versione bipolare* ci conduce oggi al punto di limitare molto il significato della parola *rivolgimento*, trattandosi di potere sostituire alla presentazione della spalla e del vertice la presentazione trasversa *decisa*, per la quale poi con la sola estrazione podalica si ottiene l'intento, e si risparmia un'estesa introduzione della mano che può rendere il trauma operatorio più pericoloso. Ma per ottenere questo intento ci vuole tempo e massima delicatezza nell'operare; per cui dinanzi a casi urgenti ed a casi di mobilità difficile del feto per scolo abbondante di liquido amniotico il manuale operatorio antico dell'introduzione della mano nell'utero all'oggetto di afferrare gli arti a qualunque distanza siano dall'orificio della vulva per ottenere la necessaria evoluzione, ha sempre la sua indicazione.

Per queste ragioni il Direttore della Scuola di Pisa ritiene ancora giustificata la distinzione fra le due espressioni non nascondendo che in seguito al perfezionamento ed alle modificazioni, che ha ricevuto il manuale operatorio della versione, questa dal rivolgimento oggi si discosta meno d'un tempo.

lievi; superate che le avessimo, chi nel caso nostro si sarebbe sentito quieto in animo a lasciare a mezzo il compito dell'operatore?

Ritorna qui la questione più volte agitata fra gli ostetrici se devesi terminare il rivolgimento già condotto al 3° tempo cioè alla fine dell' evoluzione, o se non piuttosto si ha da lasciare a questo punto affidandone il compimento alle forze naturali ordinarie. Ci si permetta una breve digressione che in qualche modo può riannodarsi alla trattazione del soggetto principale di questo studio. La soluzione per me ce la porgono le ragioni stesse per le quali ci si decide di passare all'atto operatorio.

Era in pericolo la vita del feto?

L' indicazione si traduce in pronto intervento e prontissima estrazione.

Esisteva minaccia alla vita della madre ed il sollecito vuotamento dell'utero diveniva unica àncora di salvezza? Niun dubbio anche qui per il pronto intervento, per la estrazione del feto al più presto possibile effettuata.

Al contrario la presentazione anormale in genere o trasversa è la sola distocia, ma tutto il resto procede regolarmente, sonvi contrazioni uterine a sufficienza, energiche e giustamente frequenti e che concluderebbero al loro scopo, allora può lasciarsi il parto alla natura, eseguito che abbiamo l' evoluzione del feto, ossia compiuta la commutazione della presentazione anormale nella normale della pelvi e diviene operazione di scelta, di compiacenza il compimento della manovra operatoria iniziata. Talvolta la decisione a terminare il parto muove dalla impazienza della partoriente, degli astanti, dell' ostetrico stesso pressato da ogni parte a levare la donna dalle pene. Terminata così l'analisi dei casi speciali che narrammo torniamo ora a dire della presentazione addominale in generale; per completare lo studio di essa avremmo ancora a esporre le *cause*, il *prognostico*, la *cura*.

Prima però di entrare in questi argomenti reputiamo utile all'ordine e chiarezza del nostro lavoro riassumere in pochi corollari le principali proposizioni ed idee che più ci sembrarono sanzionate dalla osservazione clinica ed appoggiate dall' argomentazione scientifica non passionata.

I. Non può esistere la presentazione dell' addome intesa alla maniera di Deventer e Smellie, se non a *feto morto* e con certe eccezionali condizioni.

II. Havvi una presentazione dell'addome, dagli arti tutti rico-

perto ed è più naturale, più facile, più innocua al feto, ma non perciò meno distocica.

III. Questa ultima ha tutti i caratteri d'una presentazione in genere e non manca di quelli speciali di una presentazione dell'addome.

IV. La grandissima rarità di fatti consimili giustifica la necessità d'uno studio speciale di essa e le ricerche che devono continuarsi a questo scopo.

Cause. — Quasi tutte quelle che sono proprie delle presentazioni laterali del tronco, cui aggiungerei la brevità del diametro longitudinale del feto, la minutezza del corpo fetale, il tronco duttile, qualche malattia del feto, per es. l'ascite, ecc., talune mostruosità, il tetano opistotono, un qualche vizio della colonna vertebrale del feto da variarne la naturale flessione, una insolita mancanza di resistenza, di tonicità e nei lati dell'utero, e pur anco nella faccia anteriore e posteriore di esso.

Il Prof. E. Porro (1) in un caso di straordinario atteggiamento di feto mal conformato, che osservò in una gravidanza gemellare, fissò l'attenzione su varii altri elementi causali, taluno dei quali possono avere la loro entità e la loro applicazione anche dinanzi ad una gravidanza semplice, come nel nostro caso.

Importantissimo è il fatto narrato dall'ill. Prof. Porro, sia a considerarlo dal lato diagnostico, sia da quello etiologico e terapeutico. Se non rientra nella categoria delle pr. addominali va però classato fra le pr. viziose in genere e noi lo ricordiamo qui come quello che ci parve fornire una ricca contribuzione allo studio della etiologia di tali presentazioni. Un feto era così collocato:

Teneva la testa in basso (posizione sinistra posteriore) e sulla testa aveva applicati i due piedi; l'ovoide pelvico rialzato, sospeso al breve funicolo ombellicale. L'anca destra appoggiava fortemente sulla gobba occipitale e l'ansa sinistra stava in avanti ed a sinistra. Esistevano cifosi dorsale, scoliosi lombare sinistra con lieve torsione. La regione trocanterica destra toccava la temporoparietale destra obliquamente. L'altro feto aveva la testa in basso e dopo l'uscita del primo fu potuta riconoscere una posizione occipito cotiloidea destra; per il resto e per più precise nozioni si veda il lavoro succitato del Prof. E. Porro. La gravidanza ge-

(1) *Di un caso di straordinario atteggiamento di feto mal conformato*, ecc. Milano. *Gazz. Medica Lombardia*, anno 1873.

mellare, la scarsità del liquido amniotico in principio della gravidanza, la brevità del funicolo, il suo stiragliamento e quindi il conseguente rialzamento dell'ovoide pelvico, le alterazioni congenite, la mala conformazione del feto sì eccezionalmente coltivato, ecco tanti momenti etiologici di ragguardevole entità.

Prognosi. — La presentazione dell'addome sola ossia quella dello Smellie, del Deventer quando si faccia, ecc., è sempre causa della morte del feto per la compressione e lesione profonda del midollo spinale, per la procidenza del funicolo non impedita. Lo stesso Smellie, nell'illustrazione del suo atlante, avverte che il feto è votato a certa morte se non viene tosto estratto per i piedi.

La presentazione dell'addome con gli arti tutti sopra raccoltivi non tronca la vita del feto.

Nella prima il parto accadrà, ammesse le circostanze eccezionalissime già dette più volte, anche spontaneamente per la massima duplicatura del feto, come pure può compiersi col meccanismo della evoluzione pelvica spontanea; l'esempio si ha nella storia del Prof. Mangiagalli. Nel caso che si verificasse la sostituzione dell'ovoide cefalico, avrebbe maggiori probabilità la presentazione della faccia, perchè il feto trovasi già in estensione.

Nella seconda il parto naturale è impossibile e se avrà luogo sarà soltanto a condizione che la presentazione si commuti innanzi in una del vertice o in una delle pelvi, cioè alla condizione che il feto non mantenga la presa collocazione e disposizione sua. Altrimenti si rende indispensabile il soccorso dell'arte.

Cura. — Il parto può terminare spontaneamente come si disse o mercè l'intervento dell'arte. Consideriamo la cura ostetrica sotto due aspetti:

1.° A feto tutt'ora vivente.

2.° A feto morto.

Nel 1° caso è il rivolgimento e la versione esterna se basta od anche l'attuazione del precetto del Pastorello, se sempre attuabile, che eseguiremo.

Nel 2° caso. Se sia incominciata e se coesistano tutte le condizioni necessarie per il suo compimento, la evoluzione pelvica artificiale sarà ragionevolmente indicata. Altrimenti, permettendolo l'assenza delle controindicazioni, avremo pur qui il rivolgimento, o questo non essendo attuabile, rimarrà la brefotomia.

GIUDIZIO OSTETRICO-LEGALE

nel procedimento penale contro la nominata Luigia B.... imputata d'infanticidio, avvenuto la notte del 7 all'8 marzo 1882 in C..... al C.... di un bambino di circa 7 mesi, dalla stessa B.... partorito poco prima.

Noi, sottoscritti, medici-chirurghi e specialisti ostetrici, richiesti dal sig. avv. Prampolini, Giudice Istruttore presso il Tribunale Civile-Correzionale di Milano, per prestare l'opera nostra in qualità di periti nel procedimento penale suesposto, ci siamo recati la mattina del 16 c. m. alle ore 11 nell'ufficio del detto signor Giudice Istruttore onde avere da lui comunicazione dell'affare per cui si giudicava utile il nostro intervento.

E di fatto il sig. Giudice Istruttore ci dava verbalmente un sunto del procedimento, e dopo che noi avemmo preso impegno in iscritto di presentare il nostro giudizio peritale nello spazio non maggiore di 10 (dieci) giorni, ne consegnava il volume dei verbali, rapporti, e altri atti de' quali è permessa la lettura e vi univa per iscritto cinque quesiti cui riferiremo e risponderemo più tardi.

Il volume degli atti affidatoci fu da noi preso in attenta e diligente disamina, e naturalmente dell'atto n. 5 intitolato *Perizia medica*, facemmo perno alle nostre riflessioni e considerazioni, non nascondendo a noi medesimi che nel caso speciale il compito nostro non era nè poteva essere molto agevole. Difatti sebbene il *determinismo* non sia speciale ai fenomeni meccanici o fisici, ma esista pure in quelli detti vitali o biologi, tuttavia perchè questi sono di gran lunga più complessi e più numerosi e in piccolissima parte soltanto a noi noti, torna molto più malagevole per noi il predire le condizioni necessarie a determinare un dato fenomeno, e da questo fenomeno, o fatto risalire alle condizioni

che lo produssero; questa legge non tace per i fenomeni e fatti di anatomia patologica, ed ecco che per coteste ragioni noi non possiamo impugnare assolutamente alcuna delle affermazioni contenute nella perizia affogliata col n. 5, come non possiamo dare ad alcuna di esse il carattere di assolutamente vera, cosa che sarebbe possibile per molti fenomeni fisici o chimici per i quali starebbe ancora il sussidio dello sperimento, che per il caso a noi sottoposto è assolutamente vietato. Così a mo' d'esempio il peso del neonato non può rivestire per noi il carattere di assolutamente vero, mancandoci tutti quei dati fisici che permettono affermare la precisione della bilancia e quella del metodo tenuto nella operazione della pesatura. Potremmo, è vero, fare la enumerazione delle molte lacune che si lamentano nella perizia, d'onde maggiori e più numerose difficoltà nel rispetto del nostro giudizio; ma considerato che da una parte ciò non avvantaggierebbe il nostro compito e dall'altra porterebbe a una discussione scientifica che potrebbe abbujare la mente del giudice, noi rinunciamo a siffatta impresa.

Nella perizia medica distinta con il numero progressivo 5 campeggiano per la importanza loro correlativamente al nostro assunto i seguenti fatti:

1.° Il neonato pesava grm. 1400 (mille e quattrocento), era lungo 0,38 (trentotto centimetri), e offriva note spiccate di debolezza e gracilità.

2.° I polmoni uniti al cuore, i polmoni a sè, i medesimi uno a uno e ridotti a pezzi, galleggiano manifestamente, ma non sopra il pelo del liquido.

3.° Il neonato viene una volta detto essere di color pallido pronunciato, ma nel fare e descrivere la sezione non si afferma il reperto di anemia nè lieve, nè spinta (è bene qui ricordare che v'ha una forma di asfissia, quella detta sincopale, che ha tutta l'apparenza dell'anemia); il cervello soltanto è detto *in genere pallido*, ma con alquanta congestione *nella grande falce;* tutti gli altri visceri *vengono detti normali.* Feto e pannolino sono descritti come molto imbrattati di meconio; e il pannolino ancora come imbrattato qua e là di macchie di sangue essicato; non segue la osservazione che le macchie fossero molte, o larghe, o costituite da grosso strato di sangue, osservazione che noi riteniamo sarebbesi scritta dallo estensore della perizia ove il fatto avesse esistito.

4.° Il cordone fu trovato diviso in 3 parti; una lunga 3 ctm.

attaccata alla placenta, una 2ª libera, lunga 22 ctm. e una 3ª lunga 2 ctm. attaccata al bellico; nè quest'ultima nè le altre parti del tralcio ombellicale *presentano una legatura o laccio qualsiasi*: di più la superficie di separazione di ciascuna parte offre i caratteri di un taglio netto in direzione alquanto obliqua.

5.° Sulla superficie del cadaverino nulla si rileva che accenni a *ecchimosi, contusioni* o *ammaccature,* eccettuata la regione temporale destra, dove alla distanza di 2 ctm. e mezzo dall'orecchio corrispondente, e un po' all'insù del *livello del meato uditorio* si rileva una piccola ferita apparentemente da taglio: l'autossia dimostrava che l'osso temporale *aveva un piccolo foro* il quale permetteva il passo a uno specillo che perveniva contro la *dura madre* trovata *intatta* e *normale,* come normale fu trovato il cervello in corrispondenza del foro riscontrato nella ossatura.

Prendiamo adesso in esame uno a uno questi fatti e mettiamoli in relazione con i quesiti postici dal signor Giudice Istruttore.

Tenendo nel debito conto la lunghezza e il peso del neonato si può *recisamente affermare* ch'esso nacque prematuro, ma di quanto? Nella perizia medica da noi ripetutamente letta non trovasi alcun accenno alla ossificazione delle vertebre sacrali, nè dell'astragalo, nè del 1° pezzo del corpo dello sterno.... nè, trattandosi di sesso maschile, si parla della presenza o non di uno o de' due testicoli nello scroto, o impegnati soltanto nel prolungamento vaginale del peritoneo; mancano adunque i più importanti criterii per fissare con grande approssimazione la età del neonato; pertanto limitati al peso che presenta notevoli oscillazioni sopra 1200 grm. (e fu trovato di 1400) nella 1ª quindicina del 7° mese, e alla lunghezza che oscilla tra 35 e 39 (trovata di 38) noi crediamo non essere discosti dal vero affermando che il cadaverino era di feto non giunto ancora oltre la 1ª quindicina del 7° mese: a questa età il feto è dalla legge dichiarato *vitale,* ma per noi ostetrici la vitalità è scarsissima, molto dubbia; su questo punto regna tale accordo tra i clinici, che oramai non giudicano più *vero* parto prematuro artificiale, ma aborto mascherato, la interruzione della gravidanza fatta dall'arte nelle viziature pelviche prima che il feto non abbia oltrepassata la 30ª settimana di vita endo-uterina. Si potria, è vero, portare in campo contro le nostre, l'asserzione della imputata che il feto vagì fortemente subito dopo nato e che questo segno rumoroso di vita e vitalità nel bambino fu quello che la spinse, com'essa si esprime, ad am-

mazzarlo. Ma nel caso speciale le parole dell'imputata non hanno nè debbono avere per noi alcun valore; basterebbe a provarlo il fatto che l'autopsia e la docimasia polmonare se stanno a provare fisicamente *che il bambino respirò dopo nato*, non provano che la respirazione sia stata ampia e profonda, e seguita da lunga e robusta espirazione quale si richiede per un vagito valido e sonoro quanto viene affermato dall'imputata; *i polmoni con e senza il cuore galleggiavano, ma incompiutamente; il colore n'era livido leggermente tendente al roseo;* stato anatomico fisico il quale dà fondamento scientifico al giudizio che il feto *venne vivo e respirò, ma di una respirazione incompleta, quella che suole osservarsi nei neonati deboli o prematuri.*

E qui potrebbesi obbietarci che alle prime inspirazioni, forse poco estese, avrebbero tenuto dietro inspirazioni energiche e profonde, *se la non avvenuta legatura del cordone dando origine a una emorragia da questo* non avesse portato rapido indebolimento e poi morte del neonato con la circostanza coadiuvante e aggravante della *ferita riscontrata sulla regione temporale.*

A siffatta obbiezione potremmo rispondere che da un lato la perizia medica non offre argomenti validi per sostenere che il neonato sia morto di anemia, e dall'altro che migliaia di osservazioni cliniche e sperimentali hanno messo fuori dubbio che la emorragia ombellicale immediatamente o poco dopo la nascita è un accidente raro. Fin dalla fine del secolo XVII Fantoni, Alberti, Schultze esternavano la loro convinzione che *abitualmente* la legatura del cordone ombellicale dopo la nascita è inutile. *Con ciò non vogliamo già affermare* che la emorragia ombellicale sia impossibile quando se ne ommette la legatura; casi ne furono e saranno osservati, ma in quali condizioni? — Lo stabilirsi della respirazione polmonare, le modificazioni anatomico-idrauliche le quali vi conseguono nel cuore, nell'aorta, nelle arterie ipogastriche da cui nascono le ombellicali, la disposizione a spira e la retrazione di queste dopo il taglio, la tensione sanguigna che quando il neonato respira è inferiore alla forza che sarebbe necessaria per vincere la resistenza delle arterie ombellicali retrattesi, l'aspirazione che il polmone, nel respiro, fa sulla circolazione venosa e quindi sulla vena ombellicale..... ecco le condizioni o modificazioni principali e più importanti che danno ragione del fatto (abituale negli animali a placenta) che nel neonato il quale respira, il taglio del cordone senza legatura non è seguito da emor-

ragia. — Ma se il neonato non respira, o respira male per asfissia endo-uterina, se una causa meccanica comprimendo il tronco (torace-addome) aumenta direttamente o indirettamente la tensione sanguigna, in allora il sangue tenderà a riprendere la strada delle arterie o della vena ombellicale e l'emorragia si mostrerà e potrà essere anche prontamente mortale perchè i neonati mal tollerano le perdite sanguigne: nulla ci autorizza per altro alla supposizione che condizioni siffate abbiano agito sul neonato che la B.... dice d'aver essa stessa ucciso e quindi noi propendiamo verso l'affermazione che dal cordone ombellicale reciso prima a 24 e poi a 2 ctm. di distanza dalla inserzione addominale con rozzo coltello non debba essersi fatta emorragia di tale rilievo da poter contribuire alla rapida morte del bambinello. Nè tampoco crediamo che a questo fine, vuoi di rendere debole la respirazione provocando emorragia, vuoi di accelerare o anche produrre violentemente la morte del neonato, possa avere minimamente contribuito la ferita penetrente del temporale destro per cui la punta dello strumento feritore giunse a lambire la dura madre senza offenderla e offendere il cervello. — Non sono rarissimi casi di feti che attraversando, spinti dall'utero o tratti da uno strumento, una filiera pelvica ristretta e deformata, riportano infossamenti e frattura delle ossa craniche con associata corrispondente depressione della sostanza cerebrale e appena nati respirano, vagiscono e ora sopravvivono, ora soccombono ma ore o qualche giorno dopo nati. Son noti alcuni casi *(uno di noi ne vide due)*, di feti che vennero vivi e respirarono e vagirono, e ciò per alcun tempo, sebbene l'arte, spinta da ineluttabile necessità ne avesse deciso il sacrifizio in favore della madre e ne avesse distrutta, per diminuire il volume del capo, la massima parte della massa cerebrale, *rispettandone ben inteso e casualmente* quella provincia che governa la respirazione, vogliam dire il midollo allungato. Sono poi esempi diremo giornalieri quelli di bambini che respirano, vagiscono, vivono e sopravvivono senza dar segni di sofferenza, se ne togli qualche volta la paralisi facciale, sebbene siano condotti alla luce con la testa fortemente compressa tra le branche della tanaglia ostetrica (forcipe). Ora è forse possibile il paragone tra il commovimento cerebrale che questo grosso e resistente istrumento produce, e quello che può avere prodotta la punta di un rozzo coltello con cui venne inferta la ferita penetrante alla regione temporale destra fino alla dura madre soltanto,

trovata sul temporale destro del bambinello? E v'ha forse luogo al paragone tra questa ferita che lambisce appena la dura madre senza lederla, e la craniotomia e cefalotrissia, queste operazioni ostetriche le quali scompaginano, spappolano, distruggono tutta o la massima parte della polpa cerebrale? No, per noi la ferita riscontrata sul temporale destro che vogliamo ammettere (sebbene non sia dimostrato) sia stata inferta durante la pienezza della vita del neonato, no, per noi quella ferita non poteva nè alterare il ritmo respiratorio, nè causare in altro modo la morte subitanea o rapida del neonato. Con ciò non sosteniamo (chè sarebbe assurdo) essere una ferita siffatta innocua quanto e, più che la compressione, ad es., delle cucchiaia del forcipe: alla ferita doveva tener dietro inesorabilmente un processo infiammatorio pericolosissimo per sè ove la ferita non fosse asettica, oppure poteva suscitare una meningite, malattia, che diffondendosi, comporta una prognosi più che riservata, infausta; ma anche nella peggiore delle ipotesi la morte non verrebbe a chiudere la scena che qualche giorno più tardi, non pochi minuti, nè qualche ora soltanto dopo inferta la ferita. « Quello che noi affermiamo net-
» tamente, recisamente, questo è soltanto, che non sappiamo ve-
» dere rapporto causale tra questa ferita penetrante e la morte
» del neonato che al dire del perito primo interpellato avvenne
» ne' primi momenti della vita extra-uterina. »

E qni noi crediamo di dover arrestarci nelle nostre considerazioni, dove fu pure, nè poteva essere altrimenti, una qualche critica non begninissima della perizia, ch'era per noi l'unica sorgente tecnica d'informazioni; ci riassumiamo pertanto dando al riassunto la forma di risposta ai quesiti che ci vennero proposti:

1° *Quesito.* « Se l'infante sezionato nel 9 marzo u. s. e di cui
» al verbale comunicato sia nato vivo e vitale?

Risposta. « L'infante nacque vivo, ma dotato di meschina o
» dubbia vitalità, comprendendo questa nel senso scientifico-clinico
» e non in quello puramente legale. »

2° *Quesito.* « Se la causa della morte del neonato sia stata na-
» turale o violenta per mano altrui, ed in questa ultima ipotesi
» in quale modo avvenuta? »

Risposta. « La morte fu naturale, non violenta per mano altrui

» per quanto decisa ne fosse la intenzione, per prematuranza o
» debolezza congenita. »

3° *Quesito.* « Nel caso che si trattasse di causa violenta per
» mano altrui: se sia derivata in conseguenza della ferita riscon-
» trata sul neonato alla regione temporale destra, oppure se sia
» stata prodotta per l'ommessa legatura del cordone ombel-
» licale?

Risposta. « Avendo detto al quesito n. 2 che la morte fu na-
» turale, si escluse implicitamente l'azione della ferita penetrante
» nel cranio e quella dell'ommissione della legatura del cordone
» ombellicale, da cui non è dimostrato dalla perizia che siasi fatta
» emorragia. »

4° *Quesito.* « Quale sia stata conseguentemente la causa unica
» assoluta necessaria della morte del neonato? »

Risposta. « Noi crediamo sia stata la ipercarbonizzazione del
» sangue (asfissia) per respirazione incompleta da debolezza con-
» genita e prematuranza » (1).

Milano, 24 Luglio 1882.

Prof. Dom. Chiara.
Dott. Emilio Valsuani.

---

(1) In seguito a queste conclusioni il P. M. desistette dall'incoato processo per infanticidio contro la L.... B.....

RASSEGNA

Tibaldi Ariberto. — Cancro ematode polipiforme dell'utero (*Gazzetta degli Ospitali*, N. 58 - 1882).

Nel praticare, per istudio, insieme coll'egregio collega ed amico Dott. Rusconi, la sezione di un cadavere, proveniente da sala Maddalena, ci siamo imbattuti in alterazioni che mi sembrano abbastanza importanti per determinarmi a dare un riassunto del caso.

Trattavasi di certa Brambilla Luigia, d'anni 31, contadina di Lambrate, la quale era già stata ricoverata una prima volta in sala Maddalena il 20 ottobre 1881.

Dall' anamnesi si era rilevato che nulla sapeva intorno al gentilizio, che non aveva mai sofferto malattia di rilievo, che aveva avuto sempre regolari le mestruazioni, e che in 11 anni di matrimonio aveva avuto 5 parti naturali e a termine, con gravidanza regolare. Il puerperio e l'allattamento dei primi suoi tre figli non erano stati segnalati da disturbo di sorta: dopo il quarto parto aveva avuto abbondante emorragia, e durante l'allattamento dell' ultimo figlio, che contava allora 18 mesi, aveva incominciato ad avere perdite sanguinolenti, associate a dolori al basso ventre e ai lombi, le quali da un mese erano divenute profuse.

All'esame dello stato presente si rilevò: condizioni di anemia grave, note gastriche, nulla al polmone, intestino abbastanza obbediente, utero voluminoso, in retroversione, collo molle e breve, bocca aperta in guisa da permettere la introduzione del dito nella cavità uterina, la quale si riconosceva occupata da un tumore della grossezza di un uovo di piccione, molliccio, a superficie levigata, sessile, impiantato sul fondo indolente.

Fu fatta diagnosi di polipo uterino, e prima di procedere alla sua esportazione si iniziò una cura astringente locale contro la perdita emorragica, e ricostituente generale contro la anemia conseguente, e ciò anche nell'intento di rendere più facile l'operazione per l'aumento che verrebbe a raggiungere il tumore. Se non che quando la malata si trovò in soddisfacente stato di salute, come spesso avviene di chi teme l'intervento chirurgico, volle senz'altro abbandonare l'ospitale (4 dicembre).

Vi ritornò il 16 gennaio 1882, ma in quali tristi condizioni! A casa aveva avuto due abbondanti metrorragie che l'avevano ridotta allo stremo di forze. Accusava cefalea, abbattimento, cardiopalmo, anoressia; aveva voce fioca, tosse con espettorato, sieroso, tinto in rossigno, perdita vaginale mista, fetentissima, abbondante. All'esame fisico risultò: ipofonesi nella fossa sopra-spinata destra con respiro aspro qua e colà e rantoli d'edema alle basi del torace; soffio sistolico alla punta del cuore e sulla polmonale; milza debordante; ventre trattabile ed indolente. All'esplorazione vaginale si riconobbe aumentato il volume del tumore, e in seguito alla dilatazione del canale cervicale, mediante la spugna preparata, si potè stabilire che aveva superficie ineguale, larga base, forma non bene determinata, grossezza di un uovo di gallina.

Questa seconda volta la diagnosi fu meno specificata, perocchè la si indicò solo colla denominazione generica di *tumore endouterino*, per lasciare impregiudicata la questione della dubbia natura. La cura venne rivolta, come nella precedente degenza, a diminuire la perdita vaginale e a rilevare le forze depresse della inferma, se non che il deperimento andò facendosi sempre più pronunciato; si manifestarono accessi di febbre a brivido iniziale, la cefalea divenne intollerabile, si aggiunse vomito: ad eccezione di un po' di balordaggine le facoltà intellettuali si mantennero integre fino alla morte, che avvenne la mattina del giorno 5 marzo, per progresso dell'esaurimento organico. Tre giorni prima la malata aveva accusato una volta sola intorpidimento della mano destra, la quale però non presentava diminuzione apprezzabile della forza muscolare in confronto della sinistra. Del resto non paralisi apprezzabili in nessun gruppo muscolare, non alterazioni della sensibilità in nessun punto del corpo.

Necroscopia, eseguita il giorno 6 marzo 1882, ore 35 dopo la morte.

Cadavere ben conformato — denutrizione rilevante — rigidità

scomparsa — macchie cadaveriche nelle parti declivi, segni di incipiente putrefazione alle fosse iliache. — Nessuna ghiandola esterna ingrossata.

I tegumenti del capo e la collottola ossea nulla presentano di speciale; così la dura meninge la quale appare assai pallida; seno longitudinale contenente poche goccie di sangue fluido. Edema sotto-aracnoideo abbastanza notevole. Nulla di speciale alla superficie degli emisferi; invece col taglio della sostanza cerebrale si mettono allo scoperto molti corpicciuoli di color rosso bruno, di forma irregolarmente sferica, della grossezza che varia da un grano di miglio ad una piccola noce, a contorni che spiccano nettamente sulla sostanza nervosa, dalla quale si possono facilmente snocciolare, restando però attaccati al fondo della nicchia, che formarono, mediante una specie di picciuolo, che si riconosce evidentemente costituito da un vaso sanguigno. Questi tumori di consistenza midollare, presentano, specialmente i più voluminosi, la superficie del taglio variegata dal color cioccolatte, al rosso, al roseo con strie e macchie grigiastre. La soluzione della sostanza cerebrale, ove stavano innicchiati, è a pareti lievemente ineguali, non però sensibilmente rammollite, ma colorate in gialliccio. Quelle che corrispondono ai tumori più voluminosi, hanno anche un alone gialliccio, ben appariscente nella sostanza bianca, il quale va mano mano attenuandosi, fino a perdersi insensibilmente, senza linea di demarcazione; questo coloramento, dovuto ad infiltrazione della ematina, è più esteso nel punto declive.

Nelle circonvoluzioni i suddescritti tumori sono distribuiti come segue.

Nell'emisfero destro:

Uno della grossezza di un pisello, sulla frontale superiore, in vicinanza del margine interemisferico, in grembo alla sostanza corticale;

Uno della grossezza di un grano di pepe, sulla frontale inferiore, a metà circa del suo tragitto, in grembo alla sostanza corticale;

Uno, grosso come un pisello, nel terzo superiore della frontale ascendente, appena al di sotto della corteccia;

Uno, della grossezza di una piccola noce, nella parietale superiore, quasi sul margine interemisferico, interessante pressochè tutta la corteccia e sepolto nella sostanza bianca;

Uno, grosso come un pisello, sulla circonvoluzione orbitaria, a metà tragitto, in grembo alla sostanza grigia;

Uno, migliare, sulla occipitale posteriore.

Nell'emisfero sinistro:

Tre sulla parietale ascendente, dei quali:

Uno, della grossezza di una piccola nocciuola, al terzo superiore della circonvoluzione, interessante i $^2/_3$ inferiori dello spessore della corteccia;

Il secondo, migliare, appena un po' più sotto e allo esterno, in grembo alla sostanza bianca;

Il terzo grosso come un grano di pepe, a metà del decorso della circonvoluzione, in grembo alla sostanza bianca;

Uno grosso come un pisello, nella porzione posteriore della circonvoluzione parietale inferiore, al disotto appena della corteccia.

Nel centro ovale degli emisferi i tumori che si riscontrano, assai variabili di volumi, ma non più grossi di una nocciola, sommano a nove, dei quali sette a destra e due migliari a sinistra; nessuno di essi interessava le masse grigie centrali e la capsula interna.

Al nodo, nella metà destra, si trova un tumoretto simile, del volume di un grano di pepe, sul tragitto delle fibre longitudinali, nel punto in cui penetra il peduncolo cerebrale.

Nel cervelletto si rilevano sette tumori simili: quattro nell'emisfero destro e tre nel sinistro: dei quattro a destra, uno migliare sul tragitto delle fibre che formano il peduncolo cerebellare superiore; tutti gli altri, di volume pressochè eguale, non inferiore a quello di un grano di pepe, si riscontrano su varii punti della circonferenza dell'organo, interessanti ambedue le sostanze.

Null'altro di notevole nella teca cranica.

I rapporti viscerali nella cavità del tronco apparivano inalterati.

Nel torace si rilevò specialmente degno di nota:

Un tumore, del volume e della forma di un uovo di dindo, sul lobo medio del polmone destro, in corrispondenza della doccia vertebrale, avente l'aspetto macroscopico del cancro melanotico, rammollito nel centro.

Due tumori simili, non rammolliti, del volume di un uovo di piccione ciascuno, nel polmone sinistro, situati: uno al terzo inferiore, in corrispondenza della doccia vertebrale. l'altro nel centro circa della concavità della base. Questi tre tumori erano innicchiati nel parenchima polmonale, ma facevano risalto alla superficie dell'organo, ricoperti dalla pleura inspessita.

Due ghiandole bronchiali trasformate in un ammasso canceroso, della grossezza ciascuno di una noce.

Nell'addome si riscontrarono:

Tre tumoretti della grossezza di una nocciuola, d'aspetto analogo a quelli trovati nel cervello, nella sostanza corticale del rene sinistro, che facevano risalto sulla superficie dell'organo.

Un tumore, pure di natura cancerosa, della forma e del volume di una mandorla, disposto col massimo diametro trasversalmente, nel lume del colon discendente, ove faceva sporgenza senza determinarne l'occlusione.

Un tumore simile, grosso come una mezza noce, in ciascuna delle ovaie. Nell'ovaio sinistro esisteva inoltre una cisti del volume di una noce, pure di natura cancerosa.

L'utero, grosso come un pugno, in lieve retroversione, aveva il collo assai flaccido, con labbra assottigliate e canale aperto in modo da lasciar liberamente penetrare il dito. Spaccatolo lungo la parete anteriore, si trovò che la cavità era quasi totalmente occupata da un tumore del volume di uovo di dindo, a superficie irregolare, e costituito da due porzioni; una aderente per ampia base al fondo e alla parete postero-laterale destra, di struttura areolare, molle, di colorito rosso-bruno; l'altra, un po' più piccola e distinta dalla sopradescritta da un breve colletto, penzolante liberamente in cavità, di consistenza un po' maggiore, e verso la superficie libera di struttura visibilmente papillare. La mucosa endo-uterina, divaricandosi al punto di impianto del tumore, lo tappezzava in totalità.

Catarro bronchiale e ipostasi polmonale, degenerazione grassa del miocardio, del fegato e dei reni, tumore splenico cronico, imbibizione della mucosa gastro-enterica e vescicale, lieve ingrossamento delle ghiandole mesenteriche, completavano il reperto macroscopico di questa sezione.

Trascriviamo nella sua integrità la *diagnosi microscopica* (1) dei tumori suddescritti, quali ci venne favorita dal signor Prosettore A. Visconti, non senza aggiungere i più sentiti ringraziamenti al cortese collega.

Utero. Cancro ematode sviluppatosi (dall'epitelio) in seno ad un fibro-leo-mioma intramurale e che poi si internò nella cavità interna a guisa di polipo. Al momento della necroscopia si può dire

(1) Autop. N. 8658. — Serie 1. App. genit. N. 1.

che presentavasi il neoplasma uterino sotto forma di un polipo carcinomatoso ematode.

Polmone. Cancro ematode diffusosi per embolo. Si trovano rami dell'arteria polmonale contenenti ammassi di cellule cancerose della stessa natura di quelle del neoplasma uterino. Per cui i noduli cancerosi del polmone si possono dire noduli carcinomatosi embolici. Anche qui poi il cancro assume il carattere ematode.

Cervello, rene, colon discendente, ovaia. Cancro ematode pure secondario: i preparati dell'ovaia poi mostrano dei vasi sanguigni (vene) nei quali, insieme colle emasie, si trovano molte cellule cancerose come quelle del tumore endo-uterino.

Non mi dilungo in considerazioni; mi piace però accennare di volo che senza avere la pretesa di fare la storia di un caso eccezionale, esso riesce istruttivo, sia anatomicamente che clinicamente, per più riguardi, fra i quali mi limito a fissare la attenzione sui seguenti:

a) La trasformazione avvenuta nel tumore endo-uterino da polipo fibroso in cancro ematode;

b) La diffusione del cancro dell'utero ad organi di tutte le cavità del corpo per embolia, la quale poteva sospettarsi anche ad occhio nudo dal modo di comportarsi dei nodi cancerosi cerebrali rispetto alle diramazioni vascolari;

c) La scarsezza di fenomeni clinici (cefalea e vomito) determinati da lesione così diffusa del cervello;

d) La mancanza quasi assoluta (dico quasi per tener calcolo del senso di intorpidimento alla mano destra accusato una sola volta dalla paziente) di alterata motilità, di fronte ad una alterazione abbastanza notevole della corteccia cerebrale nel punto ove si ammette la esistenza di centri motori.

Marangoni Giuseppe. — Storia di un'operazione cesarea. (*Annali Universali di Medicina*, giugno 1882).

Il 1° aprile 1881, l'A. veniva chiamato presso una Ipara d'anni 20, gravida in travaglio di parto. L'ispezione, la palpazione l'ascoltazione ed il riscontro vaginale constatavano una presentazione di vertice e la pelvi deformata da rachitide che a 7 anni colpiva la paziente, in guisa da ridurne il diametro antero-post. dello stretto sup. a poco meno di 5 ctm.

Sentito anche il parere di un altro collega e considerando la grave viziatura e la permanenza della vita del feto, si ricorse all'operazione cesarea; si respinse a complemento di quella l'amputazione utero ovarica e per il gravissimo stato in cui si trovava la donna, e perchè all'operatore non sperimentato a questa modificazione pareva ben arduo il compirla in quelle condizioni. Rifatte alquanto le forze con larghe dosi di Marsala e praticata quell'antisepsi possibile in quelle circostanze, aperse le pareti addominali sulla linea alba per un tratto di circa 12 ctm., spaccato l'utero in corrispondenza della incisione parietale estrasse una bambina viva, ben conformata ma molto anemica. Tolti anche gli annessi pose ogni cura a pulire ben bene il cavo uterino mediante pezzuole impregnate d'acqua fenicata. Nel frattempo l'utero si contraeva in modo da tener quasi a mutuo contatto i margini della ferita. L'operatore passò allora alla sutura delle pareti addominali; furono posti 4 punti di sutura incavigliata e fra questi 4 di sutura nodosa. Apiressia assoluta nei primi 4 giorni, al 5° giorno temp. 37,9 lieve meteorismo, polso a 106, dolore alla regione uterina. Alle 2 p. fluì dalla vagina grande quantità di materia sanguinolenta non fetente, subito dopo avvenne anche una scarica alvina figurata e tutto rientrò nella calma. Alla sera del 5° dì furono tolti i punti di sutura ed il giorno ventesimo primo la donna si alzò abbastanza in forze e con un aspetto che non esprimeva la grave operazione subita. La bambina moriva al 4° giorno.

Fin qui il Dott. Marangoni. La Direzione degli *Annali Universali* fa al caso la seguente nota:

« Un'operazione cesarea alla antica può oggi, dopo gli splendidi trionfi ottenuti col metodo Porro, parere un anacronismo; ma poichè la vecchia pratica può pur sempre venire opportuna per forza di taluna circostanza, ed anche essere imposta da speciali ragioni, così è bene ricordare i casi in cui, come in questo che qui riferiamo, quella ebbe esito felice. »

Per parte nostra non possiamo condividere tale opinione: si potrebbe dire che in oggi sorge una corrente assai favorevole al *vecchio taglio cesareo più o meno modificato*, ma non susseguito dalla amputazione utero-ovarica; alludiamo con ciò alle varie suture precedute o no dalla resezione dello strato muscolare che tutte si propongono lo scopo di salvare la donna senza il sacrificio dell'organo. È per questo che per ora tenendo conto di tutti i casi ci accontentiamo di scrivere: *Adhuc sub judice lis est.*

La Direzione.

Domenico Peruzzi. — Nota sulla 3ª centuria d'ovariotomie in Italia (*Raccoglitore Medico* - 1882 - Luglio).

Non iscrivo una memoria, ma sibbene una semplice Nota. « *Faccio punto* », io dissi in fine del mio scritto sulla 2ª Centuria d'Ovariotomie in Italia, e mantengo la parola, non entrando in questa 3ª in considerazioni scientifico-pratiche sulle eseguite ovariotomie, ma limitandomi unicamente a dati statistici puri e semplici.

Comincierò pertanto dal dire, che la 3ª centuria fu compiuta in 23 mesi, e cioè dal 15 luglio 1880 al 15 giugno 1882. Qual differenza nel tempo impiegato, paragonato con quello occorso a compiere la 1ª, che fu di quasi 19 anni! Più breve ancora di quello occorso per la 2ª, di due anni e mezzo. Decisamente anche da noi è divenuta una « *operazione ordinaria* », la quale quasi più merita un conto speciale, a differenza delle operazioni che ancora non sono legittimate dalla pratica.

Circa alla mortalità ho la soddisfazione di far conoscere che dalla mortalità veramente spaventosa, verificatasi nella 1ª Centuria, in cui si notarono 63 morti, discesa nella 2ª a 36, nella 3ª Centuria non se n'ebbero a registrare che 26: risultato invero molto lontano da quello che ora si ottiene dagli specialisti stranieri: ma è un fatto incontestabile, che anche per rispetto all'esito siamo in un progressivo miglioramento, il che, non ha dubbio, si deve attribuire all'impiego del metodo antisettico.

Il numero prevalente di morti si verificò in casi complicati, e quindi nelle operazioni a lungo protratte, ed in quelle in cui si ebbe notevole perdita di sangue. Cause di morte, la peritonite settica in 10 casi, la septicemia in 5, il collasso *(shock)* in 6, la trombosi cardiaca in 3, l'emorragia in 1, l'occlusione intestinale in 1, la cloronarcosi in 1.

Cinque furono le *ovariotomie doppie* (Casati, Chiara, Franzolini, Margary, Peruzzi) e tutte coronate dalla guarigione.

Le *ovariotomie parziali* in numero di 9 con 5 guarigioni; la septicemia causa principale di morte.

Le *laparo-isterotomie sopra-vaginali* furono 27; *shock* causa più frequente di mortalità in 20.

Specchietti statistici.

1° *Ovariotomie complete (Ovariectomie).*

N.	Operatori	Totale	Guar.	Morti
1.	Dott. F. Margary — Torino	8	6	2
2.	» C. Borsini — Piacenza	7	6	1
3.	Prof. G. Corradi — Firenze	6	5	1
4.	» F. Vigna — Venezia	6	6	0
5.	» A. D'Antona — Napoli	5	5	0
6.	» G. Ruggi — Bologna	5	2	3
7.	Dott. D. Peruzzi — Lugo	5	4	1
8.	» F. Franzolini — Udine	4	3	1
9.	» B. Frattina — Pordenone	4	3	2
10.	» P. Rossi — Vicenza	4	4	0
11.	Prof. G. Albertini — Milano	3	1	2
12.	» A. Minich — Venezia	3	3	0
13.	» G. Cosentino — Palermo	2	2	0
14.	» A. Cuzzi — Modena	2	2	0
15.	» P. Loreta — Bologna	2	2	0
16.	Dott. G. F. Novaro — Torino	2	1	1
17.	» G. Raffo — Firenze	2	1	1
18.	Prof. D. Tibone — Torino	2	2	0
19.	Dott. A. Ambrosi — Montegiorgio	1	0	1
20.	Prof. G. Berruti — Torino	1	0	1
21.	Dott. T. Blessich — Fano	1	0	1
22.	Prof. E. Bottini — Pavia	1	0	1
23.	Dott. L. Brucchietti — Rieti	1	0	1
24.	» C. Camagna — Ceranesi (Liguria).	1	1	0
25.	» L. Casati — Forlì	1	1	0
26.	Prof. A. Caselli — Reggio-Emilia	1	1	0
27.	Dott. A. Ceccarelli — Rimini	1	1	0
		81	62	20

N.	Operatori	Totale	Guar.	Morti
	Riporto	81	62	20
28.	Prof. N. Ceci — Camerino	1	0	1
29.	» D. Chiara — Milano	1	0	1
30.	» G. Chiarleoni — Milano	1	1	0
31.	» G. Clementi — Catania	1	1	0
32.	Dott. E. De Paoli — Torino	1	1	0
33.	Dott. G. B. Fabbri — Pesaro	1	1	0
34.	Prof. G. Gallozzi — Napoli	1	1	0
35.	Dott. C. L. Gamberini, S. Zaccaria (Rav.ª).	1	0	1
36.	Prof. L. Laurenzi — Roma	1	0	1
37.	Dott. L. Mangiagalli — Milano	1	1	0
38.	Prof. G. Marcacci — Siena	1	1	0
39.	» C. Mazzoni — Roma	1	1	0
40.	» O. Morisani — Napoli	1	1	0
41.	Dott. A. Piovano — Torino	1	1	0
42.	» M. Putti — Bologna	1	1	0
43.	» L. Rocchetti — Terni	1	0	1
44.	Dott. T. Rossi Barlan — Venezia	1	1	0
45.	» P. Panzeri — Milano	1	1	0
46.	Dott. C. Tartuferi — Fabriano	1	0	1
		100	75	26

2.º *Ovariotomie parziali.*

N.	Operatori	Totale	Guar.	Morti
1.	Dott. C. Borsini — Piacenza	1	1	0
2.	Prof. O. Bottini — Pavia	1	1	0
3.	» F. Franzolini — Udine	1	1	0
4.	» P. Loreta — Bologna	1	0	1
5.	Dott. L. Mangiagalli — Milano	1	1	0
6.	Prof. A. Minich — Venezia	1	0	1
7.	Dott. A. Raffo — Rovigo	1	1	0
8.	Prof. F. Vigna — Venezia	2	0	2
		9	5	4

3° *Laparo-isterotomie sopra-vaginali.*

N.	Operatori	Totale	Guar.	Morti
1.	Prof. G. Ruggi — Bologna	5	1	1
2.	Dott. F. Margary — Torino	3	1	2
3.	» D. Peruzzi — Lugo	3	1	2
4.	Prof. O. Morisani — Napoli	2	1	1
5.	Dott. M. Putti — Bologna	2	0	2
6.	Prof. G. Albertini — Milano	1	0	1
7.	Dott. C. Borsini — Piacenza	1	0	1
8.	Prof. A. Caselli — Reggio-Emilia	1	0	1
9.	Dott. A. Ferranti — Ascoli-Piceno	1	1	0
10.	Prof. F. Franzolini — Udine	1	0	1
11.	Dott. G. B. Frattina — Pordenone	1	1	0
12.	» P. Gulli — Fermo	1	0	1
13.	» A. Lazzari — Badia-Polesine	1	0	1
14.	» V. Lesi — Imola	1	0	1
15.	Prof. P. Loreta — Bologna	1	0	1
16.	» A. Mazzuchelli — Pavia	1	1	0
17.	» A. Minich — Venezia	1	0	1
		27	7	20

TRATTATO DELLE MALATTIE DEI BAMBINI

redatto dal Dott. G. GERHARDT.

L'editore Giovanni Jovene di Napoli ha intrapresa la pubblicazione di questa importante Enciclopedia Pediatrica, che trova riscontro nelle altre due opere, quella cioè del Ziemssen per la *Patologia speciale medica*, e quella del Pitha e Billroth per la *Patologia speciale chirurgica.*

Il Jovene promette che la pubblicazione seguirà rapidamente, e se

essa procederà nel modo con il quale cominciò, tale promessa non sarà certamente vana.

Sono state pubblicate le prime tre dispense del volume 2.° È dedicato alle *malattie dei neonati.* L'*asfissia* è trattata dal Prof. Schultz. Il Prof. Hennig svolge l'argomento *cefaloematoma* e l'altro sulle *malattie ombellicali*, ed il Prof. Müller parla della *infezione puerperale dei neonati.*

Del volume 3° sono già uscite sei dispense, ed in esse vengono svolti i seguenti argomenti: Dott. Rehn: *Reumatismo acuto e rachitide.* — Dott. Fränkel: *Scrofolosi e tubercolosi.* — Dott. Förster: *Anemia e diatesi emorragiche.* — Dott. Külz: *Diabete mellito ed insipido.* — Dott. Birch-Hirschfeld: *Leucemia e pseudoleucemia.*

Per ora non facciamo che questo cenno bibliografico, riservandoci poi a trattarne in una speciale rivista.

Quattro Ovariotomie

1.ª Eseguita dal Dr. Luigi Mangiagalli nella clientela privata in Milano: ovariotomia doppia per cistoma bilaterale — affondamento di ambedue i peduncoli — guarigione completa e rapida (10 giugno 1882).

2.ª Operatore il Prof. Domenico Chiara — cisti voluminosa del paraovario sinistro — affondamento del peduncolo: s'ebbe consecutivamente un ascesso peripeduncolare fortunatamente apertosi all'angolo inferiore della ferita. (Operazione praticatasi in Loreto (Milano) il 19 giugno u. s.)

3.ª Operatore il Dr. Giuseppe Bertoloni per cisti del paraovario sinistro: affondamento del peduncolo — guarigione rapida. (Eseguita in Milano il 30 giugno u. s. in una casa privata di salute).

4.ª Eseguita dal Dr. Paolo Negri il 20 luglio u. s. in una casa privata di salute in Milano; due erano le loggie del tumore ovarico di sinistra: l'una a sviluppo addominale fu asportata, l'altra a sviluppo intralegamentoso fu saldata alla ferita addominale ed in essa collocato ampio drenaggio. In 20ª giornata la operata abbandonava il letto, e la guarigione è ormai assicurata.

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Volume IV. Ottobre-Novembre 1882 N. 10 e 11.

ANNALI
DI
OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

CASUISTICA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

del Prof. A. CUZZI

(*Contin.*, Vedi N. 3-4, Anno IV, 1882, pag. 152).

IV.

Di tre ovariotomie due delle quali susseguite da guarigione.

Osservazione I. — Proprio nel momento in cui cominciavo ad occuparmi della narrazione dei tre casi clinici, dei quali è oggetto nel presente capitolo, rovistando fra vecchie carte e cedole cliniche ammonticchiate e confuse fra loro per il disordine di un trasloco, trovai una serie di note sulla prima delle ovariotomie, che eseguii nella Clinica Modenese, note che m'avevan servito per una conferenza clinica tenuta agli studenti verso la fine dello scorso novembre. Queste note erano state fatte con una certa cura, perchè volevo utilizzarle nel rendere di pubblica ragione il caso clinico, che intendeva subito di pubblicare, in vista del fatto che la predetta ovariotomia era la prima, in ordine cronologico, eseguita nell'Istituto Ostetrico, e la prima con esito felice fra le eseguite nell'intero Ospedale civile, al quale sono annesse le Cliniche Universitarie (1). La direzione sanitaria dell'Istituto, l'insegnamento agli studenti ed alle alunne levatrici, che feci sempre separatamente, la mancanza del medico assi-

(1) Il Prof. Bezzi, Direttore della Clinica chirurgica, il 18 giugno 1865 eseguiva un'ovariotomia per cisti multiloculare dell'ovaio sinistro. L'atto operativo ebbe esito felice, e la donna si poteva considerare quasi come guarita, quando insorse pleurite destra che la condusse alla tomba in 38ª giornata dall'atto operativo. (Aggiunte alla traduzione dell'idrope ovarico del Baker Brown fatte da Domenico Peruzzi. Sinigaglia, 1865, pag. 283 e seguenti).

stente nei due primi mesi dell'anno scolastico 1881-82, che rese più numerose le mie occupazioni, mi impedirono di compiere allora tale pubblicazione. Nel redigere il primo dei casi clinici, che devo contemplare in questo capitolo, a scanso di ulteriori fatiche, pensai di servirmi di tali note dopo di averle alquanto ordinate in forma di conferenza. In vista di questo fatto spero venia dal lettore, se in qualche punto mi troverà troppo minuzioso, o didattico. La conferenza si aggira specialmente sulla parte diagnostica: io però sono ben lungi dal pensare di aver minimamente esaurito l'argomento, perchè molti dati vennero solo sfiorati ed alcuni lasciati completamente in disparte.

Signori!

L'organizzazione che ho cercato di dare alla Clinica Ostetrica Modenese trasformandola in un vero istituto, non fu senza effetto utile e senza risultamento pratico: voi difatti vedete come aumenti sempre più la sua attività clinica non solo nel campo ostetrico, ma fatto degno di rilievo, anche in quello ginecologico. Io annetto una grande importanza alla vostra istruzione pratica intorno alle malattie che colpiscono gli organi della sfera genitale femminea all'infuori dello stato di gravidanza; difatti l'interesse della ginecologia, e credo di avere con me d'accordo su questo punto tutti gli ostetrici d'Italia, è per lo meno pari, se non superiore a quello dell'ostetricia. Nella vostra futura carriera medica sarete ben più soventi chiamati per casi puramente ginecologici che non per casi ostetrici. Il dispensario ginecologico gratuito, che ho istituito, e che va acquistando ogni dì più novello favore nel pubblico, spero che concorrerà nel fornire nuovo materiale per la vostra istruzione. Intanto la organizzazione dell'Istituto mi permette di poter accogliere in clinica i casi ginecologici più gravi, o che per la loro natura e per le medele terapeutiche cui richiedono, non possono essere curati efficacemente all'ambulatorio. E voi potete constatare oggidì la benefica influenza di questo nuovo stato di cose: in meno di un mese sono già due le donne affette da cisti ovarica, che furono accettate in clinica. L'una di esse, operata e completamente guarita, sta per ritornare alla propria casa; l'altra opereremo a giorni, dopo che l'avremo minutamente esaminata assieme. Ma intanto, prima di segnare l'*exeat* alla guarita, desidero ritornare con voi sul caso clinico per farvi rilevare specialmente i criterii che mi hanno sorretto nel diagnostico, cosa che

non potei fare a tempo debito, prima dell'atto operativo, perchè l'anno scolastico non era ancora incominciato. Con questo lavorìo intellettuale retrospettivo tutto non sarà perduto, ed io vi troverò sicuramente meglio preparati nell'esame della donna affetta da cistoma ovarico, che vi presenterò tra pochi giorni.

Si fu nel settembre del 1881 che da uno dei miei allievi, il Dott. Bruni, fui invitato a visitare la signora A. G. di Modena, sua cliente, che egli credeva, ed a ragione, affetta da cisti ovarica. Al momento della mia prima visita l'ammalata era in corso di un processo di peritonite localizzata nel quadrante inferiore destro dell'addome, che si mostrava espanso come quello di donna nel 7° mese della gestazione. Mediante un rapido esame assai superficiale, esclusa la gravidanza ed ammessa come probabile l'esistenza di un tumore endo-addominale di origine ovarica, prescrissi qualche applicazione terebentinata, oppiati, riposo, ecc., e mi riservai, in una visita da farsi in modo più accurato qualche tempo dopo la scomparsa dei fenomeni peritoneali, di stabilire definitivamente di che si trattasse.

Una quindicina di giorni dopo rividi l'inferma, la quale già da una settimana era libera da' suoi dolori, e che da alcuni giorni anzi aveva abbandonato il letto. Ecco quanto in tale occasione potei rilevare:

È una donna di 42 anni di colorito bruno, di fisionomia un po' inquieta e sofferente, in condizioni piuttosto buone di nutrizione, e non mostrante nel suo aspetto un disaccordo troppo apparente coll'età. Non ricorda di aver fatto malattie degne di nota prima dell'attuale. A 12 anni ebbe la prima mestruazione, della durata di due giorni, accompagnata da un po' di dolore, e preceduta da leggera leucorrea; le mestruazioni successive sempre regolari per periodo si comportavano in modo affatto analogo alla prima. In questi ultimi mesi la durata del periodo menstruo diminuiva alquanto ed i dolori concomitanti si facevano un po' più vivi. Passò a marito nel 1860, non fu mai gravida, e rimase vedova nel 1876.

Le sofferenze dell'attuale malattia datano da quattro anni circa, momento in cui cominciò ad accorgersi che il suo ventre andava prendendo uno sviluppo progressivo. Al dire dell'ammalata tale aumento del ventre si iniziava in basso ed a destra dell'addome. Ricorse dopo due anni all'avviso di un distinto specialista, il Prof. Fabbri, che consigliava una cura solvente (pennellature iodi-

che, ecc.) Da quell'epoca il tumore andò ancora aumentando, ma assai lentamente; lo sviluppo del neoplasma non fu dunque regolare, ma più celere nei primi due anni, più lento negli anni successivi. Tale modo di decorrere dei tumori ovarici è abbastanza frequente e lo si comprende facilmente; il primo dei due casi operati dal Porro nella Clinica Ostetrica di Pavia (1), tanto per citarne un esempio, presentò la stessa particolarità. A rendere più serie le preoccupazioni della nostra ammalata in questi ultimi tempi, per quattro o cinque volte ad intervalli irregolari, ma per lo più coincidenti con la ricorrenza menstrua, insorsero dolori addominali vivi, sempre però limitati al quadrante inferiore destro, accompagnati da febbre leggera, nausee, ecc., accessi dolorosi affatto simili a quello, che io stesso potei osservare nella mia prima visita, e che giudicai per una peritonite parziale localizzata al Q. I. D.

Ecco, o Signori, quanto potei conoscere mediante l'anamnesi; l'esame dell'ammalata diede il seguente stato attuale:

Insonnia, scoraggiamento, abbattimento, timore di sentir rinnovarsi i processi dolorosi, inquietudine sulla sua sorte futura per il tumore addominale; qualche disturbo digestivo ed un po' di stitichezza. Del resto nulla di notevole per parte del sistema circolatorio, respiratorio ed urinario. Non vene varicose alle estremità inferiori, non edemi, le ghiandole inguinali non tumefatte. Il ventre appare sollevato a cupola, e la misurazione praticata col nastro diede il seguente risultamento:

Circonferenza	addom. mass.	88	cent.
»	dal pube al bellico	18	»
»	dal pube all'apof. ensiforme	37	»
»	dal bell. alla S. I. A. S. destra	18	»
»	dal bell. alla S. I. A. S. sinistra	16	»

La palpazione faceva sentire le pareti addominali un po' assottigliate, non dolorose, cedevoli in alto al disopra del bellico, e discretamente mobili in tale punto davanti ad una massa endoaddominale, che si poteva per bene circoscrivere e che si ricono-

(1) Nicolini. *Osservazioni intorno a due ovariotomie*, praticate con esito felice dal Prof. Edoardo Porro nella Clinica Ostetrica di Pavia. — *Gazzetta Medica Lomb.*, N. 9, 1882.

sceva avere una forma globosa un po' più allungata nel senso del diametro verticale ed alquanto irregolare nel suo polo superiore. Infossare le mani in corrispondenza dell'ingresso del bacino deprimendo i tegumenti della regione ipogastrica riusciva impossibile. La massa endo-addominale, distintamente fluttuante in tutti i sensi, dava alla percussione un'ottusità, che in alto, a tre dita sopra il bellico, era circoscritta da una curva a convessità superiore. Nel quadrante inferiore sinistro la ottusità si sentiva meno marcata che nel quadrante inferiore destro: collocando la donna sul fianco tale ragguaglio non variava. L'ascoltazione era del tutto negativa, il tumore sotto l'influenza della respirazione non cangiava situazione, le pareti addominali però si allontanavano alquanto nell'atto inspiratorio dalla superficie anteriore del neoplasma. L'esame genitale dimostrò l'utero normale, leggermente abbassato e spostato verso sinistra, discretamente mobile, poco influenzato dai movimenti di lateralità impressi al polo superiore del tumore e con un diametro verticale di 7 ctm.; l'ingresso del bacino sembrava libero da aderenze, e solo spingendo fortemente in alto il dito esploratore si arrivava a sentire il polo inferiore del tumore.

In vista dei dati raccolti io formulai la diagnosi di cistoma pauci-loculare dell'ovaio destro con aderenze parietali nel quadrante inferiore destro dell'addome.

Non è forse inutile, o Signori, che io giustifichi davanti a voi, e con quella minutezza di particolarità che è richiesta dall'importanza dell'argomento, la formola diagnostica or ora enunciata: in tal modo, ripeto, sarete più preparati nell'esaminare la donna affetta da cisti ovarica che abbiamo nell'Istituto.

Il volume notevole del ventre era il fatto che prima di tutto, e più di tutti, colpiva l'esaminatore, ed il primo concetto che mi si affacciò alla mente in tali condizioni fu quello di un tumore endo-addominale. Ma questa tumefazione anormale del ventre, all'infuori da ogni neoplasia, poteva anche essere dovuta a condizioni speciali, che il Gaillard-Thomas (1) così riassume:

1.° Grossezza anormale delle pareti dell'addome;
2.° Spasmo tonico dei muscoli addominali;
3.° Distensione intestinale;
4.° Distensione della vescica per raccolta di urina;
5.° Gravidanza.

---

(1) Gaillard-Thomas. *Traité des maladies des femmes*, pag. 635.

È generalmente facile evitare queste cause di errore con un po' di attenzione. Si sa che nelle donne vicine alla menopausa qualche volta si deposita una enorme quantità di adipe nelle pareti addominali e nel grande omento, ora in modo regolare e diffuso, altre volte invece localizzata in corrispondenza del bellico. Queste masse grassose alla palpazione non presentano limiti precisi; la percussione del ventre talora dà un suono ottuso per la forte grossezza della parete addominale; esiste qualche volta una falsa fluttuazione. Nel caso nostro la sottigliezza evidente ed uniforme delle pareti addominali, il poco sviluppo del pannicolo adiposo nelle altre parti del corpo e la distintissima fluttuazione non permettevano di avere alcun dubbio su codesto.

La cedevolezza delle pareti addominali nella parte superiore dell'addome, la mancanza di dolore alla palpazione ci dicevano pure che non potevasi trattare di spasmo dei muscoli del ventre, causa di errore questa sicuramente rara ad incontrarsi nei casi come il nostro.

L'ottusità ottenuta colla percussione escludeva anche l'esistenza di un meteorismo, che d'altra parte non ci avrebbe potuto spiegare la distinta fluttuazione, che si percepiva in tutti i sensi della massa del tumore.

Parimenti non poteva la mente accettare il concetto di una ritenzione di urine o di una gravidanza, e per l'andamento della malattia, e per i segni ricavati col cateterismo, colla palpazione, coll'ascoltazione, coll'esplorazione.

Una causa di errore non enumerata dal Gaillard-Thomas è l'ascite addominale: il ventre sollevato a cupola nel decubito dorsale, e non cadente sui lati, la curva di ottusità convessa in alto e gli immutati effetti della percussione coricando la donna sul fianco bastavano al diagnostico differenziale, e ci facevano ammettere un tumore cistico endo-addominale.

Il fatto poi della grande frequenza dei tumori cistici dell'ovaio ci invitava senz'altro a pensare a tale eventualità. Ma il tumore cistico era proprio ovarico? Per chiarire questo dubbio bisognava mettere in evidenza in modo preciso il punto di origine del tumore. Lo studio del modo di comportarsi del neoplasma sotto l'influenza dei movimenti respiratorii poteva di già essere un indizio per giungere a tale risultamento. Lo dissimo immobile durante l'inspirazione; tuttavia le dita poste sulla parete addominale a livello del bellico si allontanavano alquanto dalla sua superficie

anteriore, come se si fosse mosso un poco dall'avanti all'indietro. Questa circostanza ci permetteva senz'altro di collocare il tumore fra quei neoplasmi addominali, che il Concato designa col nome di retrocavitari (1), e che ponno trarre la loro origine tanto dalla parete addominale posteriore, quanto dalla parete addominale inferiore, come dagli organi che vi sono fissati contro. Questi tumori retrocavitari hanno per carattere distintivo comune l'immobilità; il sollevarsi delle pareti addominali nell'atto inspiratorio allontana alquanto le dita esaminatrici dalla superficie anteriore del tumore. Non posso qui estendermi di più sull'interessante argomento del modo di comportarsi dei tumori addominali durante la respirazione: invito colui che fosse desideroso di più ampie notizie a leggere lo studio che ne ha fatto il Concato.

Un primo passo nella diagnosi di sede in tal modo era fatto: il tumore veniva così classificato fra i retrocavitari. Ma partiva esso dalla parete addominale posteriore oppure dalla inferiore? Ed in quest'ultimo caso proveniva proprio dalla parete o dagli organi che da essa hanno origine? Che il tumore provenisse dalla parete addominale inferiore, cioè dalla pelvi ce lo faceva credere l'anamnesi (la donna ci disse che lo sviluppo dell'addome si era iniziato dalle parti ime del ventre), l'impossibilità di infossare la mano al disopra dello stretto superiore, la presenza del polo inferiore un po' al disopra dell'ingresso del bacino, ed anche il leggiero spostamento uterino. Che poi questo tumore sorgesse non dalla parete propriamente detta, ma dagli organi che ad essa si inseriscono (utero, ovaia, ecc.), ci invitava a credere il fatto che lo scavo era libero, ed il segmento inferiore del tumore al disopra dello stretto superiore. In tal modo il nostro neoplasma era da mettersi fra quei tumori retrocavitari che il Concato designa col nome di viscero-parietali.

Stabilito in massima il punto di origine del tumore dai visceri contenuti nella pelvi, praticamente bisognava fare diagnosi se il tumore era ovarico od uterino. Voi vedete, o Signori, come le questioni si concatenino e si succedano, e come lungo sia il lavorio intellettuale, col quale si giunge ad una formola diagnostica definitiva. Il notevole volume del neoplasma, la distinta fluttuazione, la relativa immobilità dell'utero durante i movimenti

---

(2) Concato. *La diagnosi generale dei tumori addominali.* — Collezione italiana di letture sulla medicina diretta da Bizzozero. Fasc. XII, Milano 1881.

impressi al polo superiore del tumore, lo stato del collo e del segmento inferiore dell'utero, la lunghezza della sua cavità e la sua mobilità deponevano per un tumore di origine ovarica.

Sono in tal modo giunto a giustificare in parte il mio concetto diagnostico di tumore cistico di origine ovarica. Ma a questo punto molte altre questioni si affacciano, questioni di importanza scientifica non solo, ma anche pratica, questioni delle quali tenterò la soluzione partitamente, e che riassumerò nel seguente modo:

1.º Nel caso nostro di quale varietà di tumori cistici dell'ovaio si trattava?

2.º Il tumore si era iniziato nell'ovaio destro o nel sinistro?

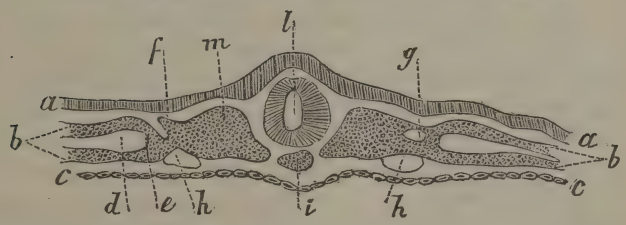
3.º Esistevano aderenze, ed esistendo di quale natura ed importanza erano desse?

Cominciamo dalla prima questione. Generalmente in corrispondenza dell'ovaio si incontrano tre sorta di cisti: l'idrope del follicolo, il vero cistoma e la cisti dermoide. Questa distinzione è quella addottata dallo Schröder nel suo trattato di ginecologia. Facile all'intelligenza è il comprendere come avvenga l'idrope del follicolo, ch'è una semplice cisti da ritenzione: essa è prodotta dal grande accumulo di liquido nell'interno del follicolo di Graaf, che non si è rotto.

Un po' più difficile è il capire la genesi del cistoma. Mi proverò ad esporla il più brevemente e chiaramente che mi sarà possibile. Nell'ovaio allo stato fetale esistono i tubi ghiandolari di Pfluger, che sappiamo essere formati da introflessione dell'epitelio cilindrico di rivestimento nello stroma connettivo sottostante. Questi tubi ghiandolari strozzandosi e dividendosi si trasformano più tardi in follicoli di Graaf; qualche volta però ponno persistere nell'età adulta. Il cistoma ovarico prende appunto origine da questi tubi ghiandolari non trasformati in follicoli; esso è quindi un tumore di origine epiteliale. Eccone il modo: le cellule epiteliali che si trovano nel centro dei tubi ghiandolari si rammolliscono e si liquefanno, e si forma così una piccola cavità, ripiena di liquido, avente pareti fatte dallo stroma ovarico rivestito da epitelio (parte periferica dei tubi ghiandolari). Questo processo di degenerazione cistica avviene in corrispondenza di più tubi ghiandolari simultaneamente, dimodochè nell'ovaio ammalato si troveranno in un dato momento molte piccole cisti.

Inoltre ponno formarsi altre piccole cisti nel seguente modo: l'epitelio di rivestimento della parete delle piccole cisti prolifera verso l'interno, od all'esterno perforandone le pareti e venendo a mettersi in rapporto collo stroma ovarico vicino; più tardi questi bottoni epiteliali possono rammollirsi nel centro e liquefarsi appunto come i tubi ghiandolari primitivi di Pfluger. Tutte queste piccole cisti sviluppandosi si comprimono a vicenda, le loro pareti nei punti di contatto si assottigliano, si perforano e comunicano fra loro; più tardi il sepimento scompare del tutto, e di due cisti in tal modo riunitesi, la più piccola diventa un gavocciolo della più grossa. Donde l'origine del cistoma è sempre multiloculare, con tendenza, invecchiando, a farsi pauci-loculare, ed anche monoloculare. Sarebbe troppo lungo estendersi su tutte le particolarità della genesi dei cistomi; quanto ho detto mi pare che basti per l'interpretazione del nostro caso clinico.

Figura semischematica di taglio trasversale di embrione di gallina mostrante la formazione del condotto del Wolf.



a Foglietto esterno del blastoderma — *c* Foglietto interno — *b* Foglietto medio suddiviso esternamente in due lamine, circoscriventi la cavità pleuro-peritoneale o celoma (*d*) — *e* Germe uro-genitale — *f*) Porzione del germe uro-genitale sollevato in una piega, che saldandosi colle parti vicine del foglietto medio formerà il condotto del Wolf (*a sinistra*) — *g* Condotto del Wolf (*a destra*) già formato — *i* Corda dorsale — *h* Aorta — *l* Midollo spinale — *m* Massa pervertebrale.

Un grande numero di teorie più o meno fantastiche sono state emesse per ispiegare il modo di produzione delle cisti dermoidi in generale e delle cisti dermoidi dell'ovaio in modo speciale. Lebert ha emesso l'idea che esse fossero dovute ad uno sviluppo irregolare ed excentrico dei tessuti del feto durante la vita intrauterina. Giusta tale teoria per comprendere la genesi delle cisti dermoidi dell'ovaio, è necessario dare uno sguardo all'annessa figura semischematica, che rappresenta sezioni trasversali di embrioni di gallina alla fine del secondo giorno di incubazione.

In corrispondenza del germe uro-genitale, e più propriamente in un punto della sua superficie guardante il foglietto esterno del blastoderma, si manifesta una depressione, con sollevamento in piega delle parti vicine, piega che unendosi un po' all'esterno collo stesso germe uro-genitale forma il condotto o canale del Wolf. Questa piega nella sua evoluzione può accidentalmente venire in contatto col foglietto esterno del blastoderma, col quale ha rapporti di vicinanza soltanto. Il foglietto esterno del blastoderma lo sappiamo destinato alla formazione dei peli, unghie, denti, ghiandole cutanee, ecc. Che una sola cellula di questo foglietto esterno, che contiene potenzialmente denti, peli, ecc., rimanga aderente alla piega del foglietto medio destinata alla formazione del condotto del Wolf, e sia per tal mezzo trasportata nel germe uro-genitale, dal quale sappiamo formarsi l'ovaio, ed essa in condizioni favorevoli sviluppandosi potrà originare peli, denti, ghiandole cutanee, ecc., occasionando in tal modo lo sviluppo di una cisti dermoide dell'ovaio.

Tale è la spiegazione che oggidì viene data dell'origine delle cisti dermoidi basata specialmente sulle ricerche embriologiche del Waldeyer, il cui lavoro sull'ovaio il Duval (1) dice un vero capolavoro di dimostrazione anatomica rigorosamente condotto. Però non tutti sono d'accordo sul luogo primitivo di formazione del condotto del Wolf. Per osservazioni fatte da Goette e Rosemberg nei batraci e dal Romiti nel pulcino, parrebbe che il corpo di Wolf si inizii da quella parte del germe uro-genitale, che guarda direttamente nella cavità pleuro-peritoneale o celoma. Ammesse come esatte le ricerche di Goette, Rosemberg e Romiti, la teorica dianzi esposta sulla genesi delle cisti dermoidi dell'ovaio verrebbe ad essere scossa. Il Kœberle assegna alle cisti dermoidi dell'ovaio un'altra origine, che forse oggidì è appoggiata dalle cognizioni che attualmente abbiamo sulla partenogenesi. Si intende per partenogenesi lo sviluppo più o meno completo di un uovo non fecondato. Il Koeberle è di parere che le cisti dermoidi dell'ovaio provengano dall'evoluzione esagerata degli elementi primordiali dell'uovo nella vescicola di Graaf, in fuori dell'influenza della fecondazione (2). Or bene il Balbiani ha descritto nell'ovicino un

---

(1) Duval. Art. *Ovaires (developpement) del Dict. de Med. et Chir. prat. del Jaccoud*, Vol. XXV.

(2) Koeberle. Art. *Ovaires* del *Dict. de Med. prat.*, pag. 516, Vol. XXV.

corpicciatolo giacente in mezzo al vitello, in un punto excentrico dell'uovo, distinto affatto dalla vescicola germinativa, corpicciattolo al quale venne dato il nome di vescicola embriogenica o vescicola del Balbiani. Questo corpicciatolo non è un prodotto della cellula uovo, ma è invece una cellula epiteliale del follicolo, che si è invaginata, o meglio è penetrata nel protoplasma dell'ovicino o vitello. A questo invaginamento di una cellula epiteliale del follicolo nell'interno del protoplasma dell'uovo, il Balbiani ha dato il nome di *ermafroditismo istologico*. Questo corpicciatolo o vescicola del Balbiani esercita sull'ovicino un'azione analoga a quella del nemasperma, che ancora oggidì si considera di provenienza epiteliale, malgrado che il Sertoli (1) abbia dimostrato che l'elemento spermatico proviene da cellule rotonde mobili speciali e non dalle cellule epiteliali ramificate tappezzanti la parete interna del canalicolo. Dimodochè la vescicola embriogena sarebbe per il Balbiani l'analogo di una cellula seminale del testicolo del maschio. Per l'azione spiegata dalla vescicola embriogena, l'ovolo si sviluppa più o meno completamente; in modo completo nelle api, nel baco da seta, ecc.; ed in modo incompleto nei vertebrati. La segmentazione dell'ovolo non fecondato nella rana, nel cane, nel porco, nel coniglio, si spiegherebbe in tal modo (2). Può questo sviluppo, dovuto alla partenogenesi, nella donna andare fino al punto da produrre gli elementi (peli, denti, ecc.), che trovansi nelle cisti dermoidi dell'ovaio? Comunque sia la cosa queste idee sulla partenogenesi danno un certo appoggio all'asserzione del Koeberle da principio citata, ed è per questa ragione che ho creduto di doverle ricordare rapidamente.

Ritorno al mio argomento. Nel caso nostro si trattava di una idrope del follicolo, di un vero cistoma o di una cisti dermoide? Per rispondere a questa domanda gioverà ricordare i caratteri e le proprietà di sviluppo di queste tre varietà di tumori cistici. Noi sappiamo come le cisti per idrope del follicolo graafiano generalmente siano uniche, quindi ad una sola concamerazione, e perciò diano luogo ad una fluttuazione distintissima; come difficilmente sorpassino in volume la testa di un adulto; come siano

---

(1) Sertoli. *Sulla strutt. dei canal. semin.*, ecc. — *Arch. delle Scienze Mediche*, 1877-1878.

(2) Balbiani. *Leçons sur la génération des vertebres.* Paris 1879, pag. 255 e seguenti.

rotonde o ovali con pareti regolari; e come infine diano luogo raramente a fenomeni di deperimento generale. All'opposto il cistoma vero può giungere ad un enorme volume; di forma pur sempre globosa ha generalmente una superficie irregolare specialmente al suo polo superiore per la presenza di gavoccioli cistici, ed anche per cisti discretamente grosse innestate su altre più voluminose; moltiloculare da principio, con tendenza a farsi pauciloculare ed anche uniloculare può presentare una fluttuazione oscura, o non presentarne affatto, oppure presentarla in certi punti ed in altri no; infine dopo un certo tempo molto variabile (a seconda della secrezione più o meno notevole dei liquidi albuminosi, del grado di compressione endo-addominale, dei processi peritonitici, delle aderenze viscerali, dei disturbi digestivi, ecc., ecc.), ma sicuramente non molto lungo, insorgono fenomeni generali di deperimento organico. Riguardo alle cisti dermoidi si può quasi dire che non abbiamo criterii, che ci permettano di farne la distinzione dai veri cistomi. A questo proposito noi sappiamo come il volume di questi tumori oscilli generalmente fra quello di un pugno e quello di una testa di uomo adulto; come siano solidi e a forma globosa; come l'esame combinato praticato in queste circostanze riscontri una massa rotonda, dura, indolora, ed, esclusi i casî di soverchio volume, perfettamente mobile; come inoffensivi per sè stessi e senza tendenza ad acquistare uno sviluppo considerevole, possano qualche volta segregare nel loro interno elemento liquidi che li trasformano in vere cisti, ed in queste circostanze presentano i caratteri ordinari dei veri cistomi. Si è specialmente quando sono piccoli che si potrebbe porre un diagnostico differenziale, ma in tali condizioni non è necessario alcuna cura speciale; quando sono grossi, lo ripeto, hanno gli stessi segni clinici dei cistomi. Per ciò occupiamoci solo della diagnosi differenziale fra cistoma ed idrope del follicolo. Nel nostro caso clinico ci trovavamo in presenza di un vero cistoma e non di un idrope del follicolo per il volume piuttosto notevole raggiunto dal tumore, per la sua forma alquanto irregolare in corrispondenza del polo superiore, e per i fenomeni di deperimento generale che cominciavano a mostrarsi.

Stabilita in massima la diagnosi di cistoma ovarico fra quale varietà si doveva porre? Il De Sinety (1) divide i cistomi in

(1 De-Sinety. *Loc. cit.*

areolari o multiloculari, in pauciloculari e monoloculari. Dal punto di vista operativo la classificazione può essere semplificata ancora di più e possiamo distinguerli in solidi od areolari ed in liquidi o pauciloculari; questi permettono una grande diminuzione del loro volume mediante la puntura col tre quarti o la spaccatura; quelli invece anche mediante larga spaccatura e successivo svuotamento colla mano male si prestano ad una buona riduzione di volume. Ripeto la mia domanda: si trattava di cistoma areolare o pauciloculare? Stante il senso nitido, chiaro di superficiale fluttuazione, fluttuazione franca e diffusa in tutti i sensi del tumore, fluttuazione che col De-Cristoforis (1) chiamerei *ondulazione*, si poteva senz' altro escludere che si potesse trattare di cisti areolare. La natura della fluttuazione ci diceva anzi che la cisti, probabilmente pauciloculare, doveva avere pareti e tramezzi sottili, ed essere suscettibile di una notevole diminuzione di volume. E si trattava probabilmente di un cistoma pauciloculare e non monoloculare, in vista dell' età del neoplasma di soli quattro anni, e quindi relativamente giovine; già dicemmo come il cistoma abbia origine multiloculare e tenda invecchiandosi a farsi pauci ed infine monoloculare.

Da quale ovaio si era sviluppato il tumore? Per questo diagnostico generalmente ci basiamo sui seguenti criterii: l' anamnesi, la distanza fra le S. I. A. S. ed il bellico, la differenza di risonanza alla percussione in corrispondenza dei due quadranti inferiori dell'addome, lo spostamento laterale dell' utero, la presenza di un cordone al disopra di un fornice vaginale laterale che si tende e si allenta nei movimenti diversi di lateralità comunicati al corpo del tumore.

La nostra inferma asseriva che la intumescenza addominale aveva cominciato il suo sviluppo in basso ed a destra. Questo fatto dedotto dall' anamnesi deponeva evidentemente per un cistoma dell' ovaio destro.

Necessariamente il tumore dovrà occupare di preferenza col suo polo inferiore quella parte laterale del basso ventre che trovasi in rapporto coll'ovaio, che diede origine al neoplasma. In conseguenza di questo fatto la parete ventrale corrispondente sarà più espansa di quella del lato opposto, e quindi la distanza fra ombellico e

---

(1) De-Cristoforis. *Le malattie della donna.* Milano, 1881, pag. 507.

S. I. A. S. presa col nastro sarà maggiore della distanza omonima presa all'opposto lato. Nella nostra donna noi ottennemmo:

Dal bellico alla	S. I. A. S.	destra	18	cent.
»	»	» sinistra . . .	16	»

La mensurazione deponeva pure in favore della formazione cistica dall'ovaio destro.

Sempre per lo stesso fatto, vale a dire per la presenza del segmento inferiore del tumore dal lato dell'addome, dove trovasi l'ovaio di origine, le anse intestinali verranno a collocarsi di preferenza nell'altro lato del basso ventre. Donde avremo una differenza di risonanza alla percussione dei due quadranti sottombellicali; ottusità completa in uno, dove trovasi l'ovaio da cui ebbe origine il tumore, risonanza od ottusità meno spiccata all'altro, dove sono venute a collocarsi le intestina. Nel caso nostro la ottusità assoluta era nel quadrante inferiore destro, una certa risonanza esisteva invece nel sinistro. Quindi anche la percussione deponeva in favore dell'origine ovarica destra della nostra cisti.

Il tumore sviluppandosi per le sue connessioni coll'utero deve abitualmente spostarlo in basso e dal lato opposto a quello dal quale trovavasi l'ovaio affetto. Dico abitualmente, perchè frequenti sono i casi di infrazione a questa regola. Nel caso nostro un legger spostamento verso sinistra esisteva, e questo spostamento veniva pure a deporre per un tumore cistico dell'ovaio destro.

I cistomi ovarici sono in connessione coll'utero mediante un peduncolo. Questo peduncolo è costituito dal legamento utero-ovarico, dalla tuba soventi saldata alla cisti colle frange del padiglione e dalle due pagine del legamento largo. Il peduncolo può essere più o meno lungo, più o meno grosso. Un bel caso di peduncolo lungo e sottile lo ha presentato quella puerpera, che moriva di anemia perniciosa progressiva pochi giorni dopo un parto settimestre, nella quale la gravidanza era appunto complicata da una cisti uniloculare dell'ovaio, grossa come la testa di un feto. Il suo tumore cistico piuttosto che un cistoma era probabilmente un idrope del follicolo. Dico probabilmente, perchè volendo conservare il pezzo anatomico nel Museo della Scuola per farlo servire appunto di dimostrazione scolastica del peduncolo delle cisti ovariche, non spaccai il tumore e non potei farne un approfondito

esame; tuttavia aveva i caratteri delle idropi del follicolo graafiano, essendo piccolo e fatto da una sola saccoccia. Or bene il peduncolo delle cisti ovariche può in certi casi servire per la diagnosi di sede. Se il tumore è discretamente mobile, imprimendo al suo polo superiore movimenti di lateralilà, in condizioni fortunate verrà a tendersi il peduncolo, e noi col dito in vagina potremo sentirlo come un cordone fibroso al disopra di un fornice laterale, destro o sinistro, a seconda del punto di partenza della cisti. Mi ricordo di aver avuto questa sensazione distintissima in un caso, che potei esaminare a Reggio-Emilia nella Sezione Chirurgica di quell'Ospedale, diretta allora dal Dott. Prof. Caselli. Questa sensazione però, che non credo frequente, nel caso nostro era molto dubbia, anche mettendoci tutta la buona volontà per sentirla.

Determinata la natura e la sede del tumore, rimaneva a sciogliere una terza questione molto importante per la pratica, quella delle aderenze. Le aderenze ponno essere parietali anteriori, viscerali e pelviche. Le più gravi sono sicuramente le pelviche alquanto estese, perchè assai tenaci, perchè nello sciogliere ponno venir prodotte lesioni più o meno gravi del retto intestino; perchè l'atto operativo è pressochè sempre accompagnato da imponente emorragia difficile a frenarsi, e perchè frequenti sono i processi setticoemici consecutivi. Le aderenze addominali ed epiploiche, e fino ad un certo punto anche le intestinali poco estese non hanno grande importanza, perchè non sono giammai una controindicazione all'ovariotomia potendo essere vinte con facilità, mentre più gravi sarebbero invece le aderenze al fegato. Nel caso nostro esistevano aderenze, ed esistendo, di quale importanza erano desse per l'atto operativo?

Le aderenze pelviche si conoscono specialmente mediante l'esplorazione: circostanza fortunata, esse sono anche facili a diagnosticarsi. Nel caso di aderenze pelviche si sente l'ingresso del bacino occupato da masse dure che aderiscono saldamente alle pareti, l'utero è fisso e non si può abbassare neppure colla pinza uncinata di Hegar, oppure essendo solo strettamente legato col tumore ne segue i movimenti comunicati, il suo diametro verticale può essere aumentato, e le funzioni della vescica e del retto ponno essere notevolmente inceppate. Nel caso nostro lo scavo e il contorno dello stretto superiore liberi, l'utero mobile e con un diametro verticale di 7 cent., le funzioni della vescica e del retto normali ci escludevano affatto l'esistenza di aderenze pelviche.

La diagnosi di aderenze addominali, che abitualmente si osservano nei dintorni del bellico, si fa mediante i commemorativi che ci dicono se precedettero fenomeni di peritonite, e coll'esame della mobilità della parete ventrale che può essere spostata fin di 7 od 8 cent. sulla superficie anteriore del tumore. Nella nostra donna ebbimo processi di peritonite localizzata al Q. I. D. dell'addome, che si ripeterono per quattro o cinque volte, e la pelle del ventre era solo discretamente mobile a livello e al disopra del bellico; in vista di ciò io pensai all'esistenza di aderenze parietali nel quadrante inferiore destro. Le aderenze alle anse intestinali ed al mesentere ponno essere solo sospettate: io ero inclinato ad ammetterle, pur non facendone cenno nel diagnostico, in vista del fatto che i processi di peritonite si erano ripetuti più volte.

Signori! credo in tal modo di aver giustificato la mia formula diagnostica di *cistoma ovarico pauciloculare destro con aderenze parietali nel quadrante inferiore destro dell'addome.* Ho fatto a fidanza con la vostra buona volontà di apprendere per scusarmi delle lungaggini, nelle quali sono entrato, perchè queste lungaggini mi hanno permesso di potervi esporre i principali problemi che dovete proporvi nell'esame di donne affette da cisti ovariche, ed i criteri principali che devono esservi di guida nel diagnostico. Ma il mio dire deve oramai correre più spedito nel dar termine alle narrazione di questo fatto clinico: la prossima ovariotomia spero mi fornirà l'occasione di estendermi sul tecnicismo dell'atto operativo.

Stabilito il diagnostico, esposto all'ammalata il mio modo di vedere sulla sua affezione, necessariamente mortale in un tempo variabile è vero, ma non molto lungo, desiderando essa di essere guarita fosse pure con un atto operativo, che ne mettesse in pericolo la vita, io proposi l'ovariotomia, che nei casi poco complicati come il suo, generalmente è seguita da guarigione. Avendo l'ammalata accettâto l'atto operativo io la invitai ad entrare in Clinica, ed il 28 ottobre, premesse le più scrupulose cautele di disinfezione della camera e degli strumenti, preparata la donna con purganti, bagni e disinfezione dell'ambito addominale sul quale doveva cadere l'incisione, alla presenza dei Professori Bezzi, Manfredi, Berti e del Direttore dell'Ospedale, Dott. Malagoli, direttamente coadiuvato dal Prof. Chiara di Milano, dal Dott. Nasi e dal personale dell'Istituto, alle 10 ant. diedi principio all'atto

operativo. Incisa strato a strato la parete addominale sulla linea alba per l'estensione di 9 cent., collocata qualche pinza emostatica sulle boccucce beanti di piccoli vasi parietali, inciso il peritoneo previamente sollevato con pinza, giunsi sul tumore, che trovai difatti aderente alle pareti addominali in basso ed a destra. Le aderenze sufficientemente lasse si poterono rompere colle dita immesse fra tumore e pareti ventrali. Liberata la cisti dalle sue aderenze, la punsi col trequarti di Spencer-Wells, dando esito in tal modo a circa 5 litri di liquido, che era diviso in due concamerazioni: la parete cistica floscia venne allora afferrata colle pinze del Pean ed estratta attraverso la ferita addominale. Si potè dopo ciò constatare l'esistenza di altre aderenze con un'ansa intestinale in vicinanza del peduncolo; le aderenze piuttosto fitte dovetti scioglierle in parte col manico, in parte col tagliente del bisturi. Isolato allora il peduncolo, che partiva appunto dal lato destro dell' utero, lo strozzai in massa con un grosso filo di seta, che servì di allacciatura provvisoria, e recisi a 3 cent. di distanza quanto trovavasi di sopra. Esportato in tal guisa il tumore trattai definitivamente il peduncolo dividendolo in due parti, che allacciai separatamente con filo di seta, e constatata la perfetta emostasi dalla superficie di sezione lo abbandonai nel ventre. Riconosciuto che l' ovaio sinistro non presentava alcuna neoformazione, e che normale era pure il corpo dell' utero, feci la *toelette* peritoneale con spugne immerse in acqua fenicata tiepida al 2 1|2 per 0|0 e spremute al momento, e seguitai in tale bisogna finchè uscirono del tutto pulite. Rimaneva da eseguire la sutura per dar termine all'atto operativo: questa feci con sei punti profondi interessanti il peritoneo, e tre superficiali per affrontare meglio i margini cutanei. Sulla ferita venne applicata la medicatura con garza e cotone fenicato, e l'ammalata completamente ritornata in sè, venne portata nel suo letto. L' atto operativo dal principio della cloroformizzazione fino a ferita addominale chiusa durava 45 minuti.

Felici furono le conseguenze dell' atto operativo: qualche urto di vomito e legger addolentimento addominale nelle prime 24 ore, e poi tutto procedette in modo affatto normale. Il maximum di temperatura raggiunto essendo stato di 37,5, mi permetto di tralasciare il quadro della termogenesi dei giorni consecutivi all' operazione. In settima giornata furono tolti i punti di sutura ed in undicesima giornata dall' atto operativo la donna cominciava ad alzarsi.

Termino, o Signori, coll'esame del tumore: voi vedete come, vuoto, misuri 25 cent. nel suo diametro verticale e 22 cent. in quello trasversale, come la cisti intera sia formata da due grosse concamerazioni, sulle quali trovansi innestati parecchi gavoccioli della grossezza di una noce e più, pressochè solidi, i quali spaccati danno esito ad un liquido nerastro come caffè. Potete anche constatare le condizioni del peduncolo, che mostrasi assai sottile, ma che ha la larghezza di 11 centimetri. Porzione di tuba entra, cogli altri elementi abituali, a costituirlo. Sulla superficie anteriore della cisti potete ancora constatare le lacinie di aderenze rimaste attaccate al tumore. Se in questo caso la diagnosi non poteva essere più esatta, l'atto operativo parimenti non poteva decorrere più regolare e spedito, e più pronta e felice non ne poteva essere la guarigione. Dopo tale brillante risultato l'animo mio sente il dovere di ricordare alla vostra memoria il nome di Ephraim Mc-Dowel che per il primo praticò in modo razionale e con giusti criterii nel 1809 l'ovariotomia, ed al quale spetta appunto la gloria di avere così intrapresa la cura radicale dei tumori ovarici.

Osservazione 2.ª — Un chirurgo francese, in una sua nota su alcuni accidenti consecutivi all'ovariotomia, scriveva or non è molto, che i buoni successi di quest'operazione sono ormai diventati così frequenti da sembrare superflua la pubblicazione dei casi semplici, che ebbero un regolare decorso nell'atto operativo e che furono susseguiti da rapida guarigione (1). Senza voler negare un certo fondo di verità a queste parole, giova però osservare che in Italia, non fosse altro che per il bisogno della statistica, il dare alle stampe anche i casi *semplici* può tornare utile. E si è appunto con tali pubblicazioni che si potè seguire il progresso fatto da quest'operazione presso di noi. Pochi anni or sono essa era ancora ai suoi primi successi, dimodochè il Bottini nel narrare all'Accademia Medica di Torino nel dicembre del 1875 un suo caso con esito felice, diceva che i felici successi da noi erano ancora in grande minoranza (2). A sua volta il Peruzzi, in una

---

(1) Polaillon. *Note sur quelques accidents consecutifs a l'ovariotomie.* — *Ann. de Gynec.* Febbraio 1882.

(2) Bottini. *Ovariotomia con esito felice.* — *Gazz. dell'Accad. di Med. di Torino*, dicembre 1875.

recente pubblicazione ci ha fatto vedere come occorressero ben diciannove anni per completare la prima centuria di ovariotomie in Italia (1). Ma oggidì le cose sono ben diverse, e i giornali medici della penisola sono ricchi di storie cliniche riguardanti questa impresa ginecologica assai lusinghiera per la medicina italiana, e ci vollero solo tre anni per esaurire la seconda centuria di ovariotomie. Adunque spero non del tutto inutile la pubblicazione del caso clinico antecedente, ed anche del seguente, pubblicazione che d'altra parte era richiesta dalla natura del presente scritto.

Annetta Caselli, di Mirandola, riparava nella Clinica Ostetrica Modenese il 5 novembre 1881, e vi veniva contrassegnata col numero progressivo 81. È donna di 29 anni: riguardo alle malattie dell'infanzia ricorda che a cinque anni sofferse di morbillo, ed a 12 di catarro gastrico. Vide la sua prima mestruazione a 14 anni, della durata di sei giorni, che si ripetè sempre regolarmente con un periodo intermenstruo di 23 giorni. Si maritò a 23 anni, rimase incinta dopo otto mesi di matrimonio, ed abortiva al quarto mese in causa di uno sforzo fatto nel sollevare un peso. Dopo l'aborto godè sempre buona salute.

A 25 anni si accorse di un aumento di volume del ventre che da principio attribuì a gravidanza, malgrado che regolari persistessero le mestruazioni. Tale aumento di volume andò irregolarmente e lentamente sviluppandosi fino al giorno d'oggi. L'inferma asserisce che la tumefazione addominale cominciò a manifestarsi in basso ed a destra, e narra che un anno fa andò soggetta a dolori vivi nella parte laterale destra del ventre, accompagnati da nausee e tendenza al vomito e da un po' di febbre. Eccettuati i disturbi meccanici occasionati dal notevole sviluppo del ventre, all'infuori dei dolori dei quali si fe' or ora parola, l'ammalata asserisce che godette sempre buona salute.

Esaminata la donna alla presenza della scolaresca, si poterono ricavare i seguenti dati: la Caselli è di statura piuttosto bassa, di capigliatura nera, di colorito pallido, di aspetto mesto, senza presentare però i caratteri della *facies ovarica*. Lo stato di nutrizione generale non è troppo invidiabile. Non si riscontra alterazione alcuna dal lato delle funzioni del sistema nervoso. Così pure fisiologicamente si compiono le funzioni del circolo, del respiro e

---

(3) Peruzzi. *La seconda centuria di ovariotomia in Italia.* — *Raccogl. Med.*, Serie IV, Vol. XIII.

dell'apparato digerente. Area epatica e splenica normale, urina limpida e priva di albumina e di qualsiasi altro elemento anormale.

L'addome si mostra sviluppato come quello di donna all'ottavo mese di gravidanza; è sollevato a cupola, non cadente sui lati e rotondeggiante specialmente nei dintorni del bellico. Le pareti addominali sono assottigliate, non dolorose, discretamente mobili davanti ad una massa endo-addominale, che si può assai bene circoscrivere e spostare alquanto colla mano, che esercita la palpazione, e che si mostra immobile nei diversi atti respiratori; le dita appoggiate sulla cute del ventre a livello del bellico sono però alquanto allontanate dalla sua superficie anteriore durante l'inspirazione. Tale massa presenta una distinta *ondulazione* in tutti i sensi; il suo polo superiore, a superficie alquanto bernoccoluta sorpassa il livello del bellico di quattro dita trasverse. Non si possono per bene infossare le dita a livello dello stretto superiore deprimendo la regione ipogastrica.

La misura praticata col nastro diede i seguenti risultati:

Dal pube al bellico	18	cent.
Dal pube all'apofisi ensiforme	32	»
Dalla S. I. A. S. sinistra al bellico . .	17	»
Dalla S. I. A. S. destra al bellico . . .	17	»
Circonferenza ombellicale	86	»
Circonferenza addominale massima . .	90	»

La percussione rivela ottusità che in alto si termina con una curva a convessità superiore, ottusità che propagandosi in basso appare meno accentuata nel quadrante inferiore sinistro in vicinanza della fossa iliaca sinistra che non nel destro. Tali risultati restano invariabili facendo decombere la donna sui fianchi.

L'ascoltazione dell'addome, attentamente praticata facendo passeggiare lo stetoscopio su tutto l'ambito addominale fu affatto negativa per ciò che si riferisce a soffio uterino od a battito cardiaco fetale.

L'esplorazione semplice e combinata mostra l'utero spostato alquanto allo innanzi, sufficientemente mobile, con collo e segmento inferiore normale, con diametro verticale che misura 65 mill. In corrispondenza dello spazio del Douglas, nella parte alta dello scavo, si sente una massa solida, che si giudica essere un gavocciolo della massa endo-addominale, grossa come un arancio e

alquanto mobile: i suoi limiti esterni vengono a toccare in qualche punto le pareti ossee della pelvi. I movimenti impressi al segmento superiore del tumore sono trasmessi distintamente a questa propagine; l'utero però ne è assai poco influenzato. Funzioni del retto e della vescica normali.

In base a questo esame si veniva a conchiudere:

1.º Esistenza di un tumore retrocavitario (per il modo di comportarsi durante la respirazione);

2.º Tale tumore doveva partire dalla pelvi (per l'anamnesi, per l'esistenza di un gavocciolo di tumore nello spazio del Douglas, e perchè non si potevano infossare le dita a livello dello stretto superiore);

3.º Tale tumore doveva più propriamente inoltre originarsi dall'ovaio (perchè l'utero era normale nel suo volume e forma e perchè era mobile);

4.º Era indubbiamente cistico (per la ondulazione distinta che presentava);

5.º La cisti ovarica doveva essere un vero cistoma (per il suo grande sviluppo, e per l'irregolarità del suo polo superiore);

6.º Con tutta probabilità doveva dipendere dall'ovaio destro (in base all'anamnesi ed al risultato della percussione);

7.º Bisognava anche pensare a probabili aderenze addominali e pelviche (anamnesi e presenza di un gavocciolo di tumore nello spazio del Douglas, poco mobile). Però le aderenze non dovevano essere di tale entità da controindicare un atto operativo.

La donna era venuta in Clinica col proponimento di farsi operare; non essendovi alcuna controindicazione che ci impedisse di soddisfare ai suoi desiderii, l'atto operativo venne deciso, e fu appunto eseguito il 7 dicembre 1881.

Dirò qualche cosa sui preparativi diretti specialmente a raggiungere il triplice scopo di evitare una infezione settica, il colasso e l'uscita di anse intestinali durante l'atto operativo attraverso la ferita addominale.

Una volta la precisione e l'esperienza diagnostica, l'esercizio nella tecnica, la più accurata scelta dei casi, erano i momenti più importanti per poter conseguire felici risultati nell'ovariotomia (1).

---

(1) Olshausen. *Sulla ovariotomia.* (Conferenze Volkmann, N. 130).

Dopo che essenziali ricerche su questo punto ci hanno dimostrato la grande resistenza del peritoneo ai traumi, e la squisita sensibilità per gli agenti settici, il mezzo più essenziale per giungere al successo consiste nel saper evitare una infezione. Ancora poco tempo fa a tale scopo si badava alla massima nettezza in tutto ciò che doveva servire per l'operazione: oggidì si giunge più facilmente e più sicuramente in porto adottando la medicazione listeriana. E tale medicazione in una Clinica Ostetrica, campo tanto facilmente aperto ai processi infettivi, deve essere attuata col massimo rigore. Ed io in ciò fui veramente *pedante*, anche perchè la camera del parto della Clinica ostetrica, dove eseguii le laparotomie che mi accadde di praticare a Modena, si trova circondata da fomiti di infezione. Difatti a pochi passi dalla medesima si trova l'Istituto anatomico, il deposito di lingeria sucida dell'Ospedale, alcune sale dell'Ospedale stesso, ecc. Si è alla loro stretta osservanza che io reputo doversi attribuire i successi ottenuti.

Enumero rapidamente le medele profilattiche principali attuate. La camera del parto nel mattino del giorno destinato all'operazione venne ermeticamente chiusa, ed in essa si fecero funzionare per un'ora e mezzo due grossi nebulizzatori a vapore, con acqua fenicata al 5 per 0|0, che riempirono l'ambiente di una fitta nebbia disinfettante. Venne pure versato abbondante acqua fenicata sul pavimento.

Gli strumenti quattro giorni prima furono bolliti per mezz'ora in acqua salicilizzata all'1 per 300 e poi puliti con garza fenicata, e conservati fino al mattino dell'operazione in olio fenicato al 10 per 0|0; al mattino del giorno destinato all'atto operativo, tolti dall'olio, e puliti di nuovo con garza fenicata furono collocati in apposita vasca di zinco contenente acqua fenicata al 2 1|2 p. 0|0, dalla quale dovevano essere tolti dall'operatore al momento di usarli.

Alla donna venne dato un bagno tiepido di pulizia il giorno precedente l'operazione, ed il mattino dopo si lavarono con acqua saponata e poi fenicata le pareti addominali in corrispondenza della regione sulla quale doveva cadere l'incisione.

L'operatore e gli assistenti (specialmente l'aiuto che doveva direttamente cooperare all'atto operativo) colle maniche della camicia rimboccate fino al disopra del gomito lavarono mani ed avambraccia con cura nell'acqua fenicata.

Queste le misure per prevenire l'infezione. Riguardo allo shok avendo le ricerche del Wegner dimostrato come esso sia dovuto specialmente al raffreddamento delle anse intestinali, che vengono a trovarsi in contatto coll' aria dell' ambiente una volta eseguita la laparotomia, nostro scopo doveva essere quello di impedire tale raffreddamento. Tali vedute del Wegner trovano conferma con quanto la Clinica aveva già appreso allo Spencer-Wells, che trovò essere la mortalità nell'ovariotomia *cœteribus paribus*, in ragione diretta della lunghezza della incisione peritoneale, ed anche in una serie di esperienze fatte dal Bottini (1). In vista di ciò io curai che lo squilibrio termico fra cavo addominale ed ambiente in cui si opera fosse ridotto a minime proporzioni, facendo elevare la temperatura della camera a 24 centigradi; diedi alla incisione delle pareti addominali solo l'estensione di 8 cent., pronto ben inteso a prolungarla quando nell' estrazione della cisti la soverchia massa di neoplasma minacciasse di contundere i bordi della ferita; e mi proposi di accorciare per quanto era possibile la durata dell'atto operativo procedendo spedito nell'operare, con una fretta però bene intesa, che non fosse cioè a scapito della sicurezza e della delicatezza dei maneggi.

L'uscita delle anse intestinali oltre al disturbare il regolare andamento dell'atto operativo contribuisce a produrre fenomeni di colasso; è quindi importante cercare di prevenire questo accidente. Se sto alle laparotomie che ho praticato o visto praticare, devo dichiarare che tale accidente si verifica più facilmente nella estirpazione dell'utero canceroso col metodo di Freund, poi nell'amputazione cesarea utero-ovarica (e in questi casi più facilmente nelle donne rachitiche ed a bassa statura che non nelle donne con bacino viziato per osteomalacia), e infine nell' ovariotomia. Resta sicuramente diminuito il pericolo della protrusione delle anse intestinali attraverso la ferita addominale preparando la donna alla Koeberle: amministrazione di un purgante due giorni prima dell' atto operativo e di magistero di bismuto il giorno antecedente l' operazione. Alla nostra donna venne dato il giorno 5 dicembre 30 grammi di olio di ricino, con effetto purgativo, il giorno 6 tre grammi di magistero di bismuto a scopo assorbente; il 7 operazione.

---

(1) Bottini. *Laparotomia antisettica.* Milano, 1880, pag. 16 e seg.

Premesse le precedenti cautele, alle 10 a. del giorno 7 eseguii l'atto operativo. Mi cooperò direttamen te il Prof. Chiara di Milano. Al Dott. Nasi, assistente di Clinica chirurgica affidai la cloroformizzazione. Assieme agli studenti e a qualche professore dell'Università di Modena presenziava l'atto operativo il Prof. Tibone di Torino.

Ottenuta in pochi minuti l'anestesia cloroformica, in mezzo alla nebbia fenica incominciai l'incisione addominale estendendola per l'estensione di 9 cent., ed approfondandomi strato a strato fino al peritoneo, applicando nello stesso tempo qualche pinza emostatica su boccuccie beanti di vasi. Sollevato il peritoneo con pinza dentata vi praticai una bottoniera, e sulla guida di una sonda estesi l'incisione per una lunghezza eguale al taglio della pelle e parti molli sottostanti. Attraverso le labbra della ferita si vide allora la superficie anteriore della cisti. Quattro dita introdotte fra il tumore e le pareti addominali mi assicurarono della mancanza di aderenze parietali. Punsi allora la cisti col trequarti dello Spencer-Wells, che diede esito a circa sei litri di liquido denso, filante, viscido e biancastro. Svotato il tumore lo afferrai colle pinze del Pean, e tirando lentamente, ma con una certa forza, lo estrassi completamente al di fuori del ventre. Si potè allora constatare che mancavano affatto anche aderenze pelviche e viscerali. Sul peduncolo, abbastanza sottile, applicai provvisoriamente un'ansa metallica stretta da un serranodi del Cintrat; e tagliando al disopra della parte strozzata esportai il neoplasma. Mi occupai allora con più cura del peduncolo, che formato dalla tuba, dal legamento utero ovarico e dal legamento largo, mi parve troppo voluminoso per una sola allacciatura. Per essere più sicuro dell'emostasi lo divisi in due, che allacciai separatamente con robusto filo di seta fenicata. Esportata la parte soprastante alle due allacciature fatte lo abbandonai nel cavo addominale, dopo di essermi assicurato della completa emostasi della superficie di sezione. Noto di passaggio che il tumore invece di partire dell'ovaio destro, si era invece sviluppato dall'ovaio sinistro. Ritornerò più tardi sull'errore diagnostico commesso. Constatata la perfetta integrità dell'altro ovaio, il destro, e dell'utero, passai alla *toilette* peritoneale mediante spugne disinfettate, previamente immerse in acqua fenicata tiepida, e spremute al momento. Ultimo atto dell'operazione fu la sutura, fatta con cinque punti di seta fenicata interessanti il peritoneo. Fu pure dato un punto in

corrispondenza dell'angolo inferiore della ferita, avendo ivi il peritoneo tendenza a scollarsi dalla parete addominale. Chiusa completamente la breccia, fu medicato alla Lister con garza e cotone fenicato, il tutto ricoperto da makintosch, mantenuto in sito da una fasciatura di flanella. Sull'addome venne pure messo un sacchetto di pallini da caccia del peso di un chilogr. per esercitare una metodica ed uniforme compressione. L'atto operativo durava in tutto 50 minuti.

Non si potevano desiderare migliori le conseguenze operatorie: la donna fu sempre apiretica (maximum di temperatura osservato 37,2). In 7ª giornata si tolse per la prima volta la medicazione, e visto il perfetto coalito della ferita, vennero tagliati ed esportati i fili della sutura. In 10ª giornata la donna cominciava ad alzarsi.

Il diagnostico di cisti ovarica, se esatto nella parte principale, lasciò però qualche cosa a desiderare riguardo al punto di partenza del neoplasma ed all'esistenza di aderenze.

Si disse che il tumore erasi svolto dall'ovaio destro, ed invece trovammo come sua sede fosse l'ovaio sinistro. Questo errore, d'altra parte di nessuna importanza per l'atto operativo, a mio credere si può spiegare nel seguente modo. Il neoplasma partito dall'ovaio sinistro, nel suo sviluppo cominciò a mandare una propagine verso lo spazio del Douglas, poi da questo punto seguì un cammino ascendente. Si spiega in tal maniera come la donna, d'altra parte assai intelligente, abbia potuto dire che la tumefazione addominale si era iniziata in basso ed a destra, e si spiega anche come le anse intestinali, per il tracciato seguito dal tumore nella sua ascensione nel cavo ventrale, si siano di preferenza portate verso la fossa iliaca di sinistra, ove appunto minore era l'ottusità alla percussione.

Si ammise anche in via di probabilità l'esistenza di aderenze addominali e pelviche. Le aderenze addominali erano rese probabili dall'anamnesi; la donna aveva fatto cenno, nelle sue risposte, di dolori vivi, con nausee e febbre leggiera, localizzati nella parte destra dell'addome. Si pensò poi alle aderenze pelviche in vista dell'esistenza di una propagine poco mobile di neoplasma nello spazio del Douglas. Era mia intenzione, se non riescivo a sciogliere queste ultime, di esportare quanto avrei potuto del sacco cistico, e di cucire il diverticolo, che sarebbe rimasto in sede, alla parte inferiore della ferita addominale. L'errore diagnostico mi

aveva esagerato le difficoltà dell'atto operativo, che la mancanza di aderenze rese più spedito e più innocente. Tanto meglio!

Il tumore esaminato dopo l'operazione apparve pressochè simile a quello del caso clinico antecedente: era diviso in due saccoccie, una più piccola dell'altra, con qualche bernoccolo solo qua e colà. In vicinanza del punto, ove il tumore venne reciso dal suo peduncolo, esiste una propagine cistica grossa come un pugno che appunto all'esplorazione si sentiva attraverso al fornice vaginale posteriore.

Osservazione 3.ª — Relativamente alla gravità dell'ovariotomia il Koeberle (1) divide le cisti ovariche in tre categorie:

1.º I casi semplici, non complicati, nei quali lo stato generale dell'ammalata non è compromesso. In queste circostanze la guarigione è la regola, la morte l'eccezione;

2.º I casi, che quantunque complicati, non presentano tuttavia gravi controindicazioni: in essi si hanno alla pari le probabilità di guarigione e di morte;

3.º I casi assai complicati, con aderenze pelviche gravi, con aderenze parietali e viscerali assai estese, con indebolimento notevole dell'organismo, ecc. In tali contingenze l'atto operativo non può essere tentato che come estrema speranza di salute. La morte è la regola e la guarigione l'eccezione.

Il caso clinico che sto per esporre, apparteneva appunto, come dimostrò l'atto operativo, a questa terza categoria del Koeberle. Il diagnostico però, lo noto fin d'ora, non lasciava supporre che si avesse a fare con un fatto clinico tanto grave.

Placida Trombelli, di Maglio Gonzaga, fu accolta nella Clinica ostetrica il giorno 8 febbraio 1882 e venne controddistinta col N. 23 annuale progressivo. Ha l'età di 44 anni, di costituzione primitivamente buona, di abito esterno regolare, è attualmente assai emaciata, e presenta distinta la *facies ovarica*. La prima mestruazione comparve a 15 anni; colla durata di 7 giorni e con un periodo intermenstruo di 22 giorni si ripetè sempre regolarmente. Nell'ultimo anno si è convertita in una perdita sanguigna lieve ma continua, perdita che cessò però completamente nel mese di

(1) Koeberle. *Loc. cit*, pag. 596.

novembre u. s. Ebbe 7 gravidanze, delle quali 6 terminaronsi con un parto a termine, ed una con un aborto a 5 mesi in causa di un'affezione febbrile polmonare. Asserisce l'inferma che nello scorso aprile si accorse di un aumento di volume del ventre abbastanza rapido; più tardi insorsero dolori vivi al quadrante inferiore sinistro dell' addome che si dissiparono in una settimana circa, e che furono curati con cataplasmi emollienti. Il ventre andò sempre più aumentando di volume, ed in questi ultimi mesi, a rendere più grama la sua vita, insorsero anche disturbi digestivi ed ambascia di respiro. Si lamenta di non poter respirare liberamente. S. P.: l'addome appare assai voluminoso, con una rete venosa sottocutanea distintissimamente designata; la parete addominale sollevata a cupola verso la linea alba è però cascante alquanto sui lati. La mensurazione ci dà:

Dal pube al bellico	33	cent.
Dal pube all'apof. ensiforme	56	»
Dalla S. I. A. D. sinistra al bellico . . .	31 ½	»
Dalla S. I. A. S. destra al bellico . . .	31	»
Circonferenza addom. mass.	110	»

La palpazione fa vedere la pelle notevolmente assottigliata e tesa; cercando di deprimerla colla punta delle dita si lascia infossare alquanto e giunge in tal modo a ridosso di una massa voluminosa endo-addominale. Tale manovra però dà luogo ad un po' di risentimento doloroso. La massa endo-addominale si può discretamente bene circoscrivere in alto, ove giunge a quattro dita soltanto dall'apofisi ensiforme: si sente ovunque dura e bernoccoluta. Fluttuazione distinta e superficiale in basso, sui lati ed al davanti della massa endo-addominale: la fluttuazione si propaga anche in alto al di là del segmento superiore di essa.

La percussione dà una ottusità che in alto ha curva a convessità superiore per la parte destra e per la linea mediana e parte vicina della parte sinistra dell'addome: ivi havvi una propagine di sonorità che discende in basso per cinque dita trasverse a ridosso della massa endo-addominale. Anche in corrispondenza di questa porzione sonora la fluttuazione è distinta.

L'ascoltazione è negativa.

L'esame combinato rivela prolasso della parete vaginale posteriore, che spinta dal retto viene a fare salienza fra le grandi

labbra a guisa di tumore grosso come un pugno, e sul quale la mucosa appare qua e là esulcerata e coperta di croste. Il fornice vaginale posteriore è abbassato, l' utero è spinto in basso ed in avanti, il labbro posteriore è leggermente ipertrofico (per le trazioni esercitate dalla parete posteriore vaginale), il fornice vaginale anteriore libero, la lunghezza della cavità uterina presa con l'isterometro dà 6 1|2 cent. Havvi retroversione di primo grado, che si può constatare anche coll'esplorazione rettale.

Havvi edema delle estremità inferiori che nei giorni in cui la donna rimase in clinica andò via via aumentando sempre più e si è esteso anche all'ipogastrio.

Riguardo ai grandi apparati dell'economia è degno di nota specialmente lo stato dei polmoni: in corrispondenza del lobo inferiore del polmone destro esiste un'area di ottusità poco estesa con rantoli sottocrepitanti: havvi inoltre tosse persistente, qualche po' di minaccia di soffocazione di notte, ed un escreato molto sospetto ed abbondante. Donde ragionevole il sospetto di nuclei di polmonite catarrale.

Nessun rumore anormale al cuore, che però appare piccolo e con impulso poco pronunciato. Sulla faccia anteriore della quarta cartilagine costale destra si vede decorrere un'arteriuzza cutanea ateromatosa. Il battito della radiale è piuttosto debole.

Languide sono le funzioni del tubo digerente, havvi stitichezza ed un po' di dispepsia. I visceri ipocondriaci sono nei limiti delle loro competenze, sistema nervoso ed urinario non presentano nulla di speciale, urine senz' albumina.

Diagnosi: cistoma ovarico areolare, con aderenze parietali e viscerali, complicato da idrope ascite, in donna denutrita, con cuore piccolo e con probabili nuclei di polmonite catarrale destra.

I dati raccolti più tardi durante l'atto operativo ed all'autopsia, confermarono in parte il diagnostico ed in parte lo dimostrarono sbagliato. Esso non fu esatto nella parte riguardante l'idrope ascite. Soffermiamoci un momento su questi punti, che mi sembrano istruttivi e degni di considerazione.

Si ritenne il tumore ovarico complicato da ascite: l'autopsia dimostrava che ascite nello stretto senso della parola non esisteva affatto. A quali dati venne appoggiata la diagnosi di questa complicanza, e quali furono i fattori che ci condussero all'errore? Credei all'esistenza di idrope ascite: 1.° perchè eravi distinta fluttuazione; 2.° perchè deprimendo colla punta delle dita

la parete addominale dopo breve tratto si giungeva sulla superficie anteriore del tumore che sentivasi dura e bernoccoluta. Eguale sensazione ebbi or non è molto nell' esaminare un caso operato dal Tibone; in quello però per giungere sul tumore bisognava deprimere un po' più profondamente le pareti addominali, ma il neoplasma ovarico era anche meno sviluppato; 3.° esisteva distinta fluttuazione al disopra della linea di ottusità superiore che circoscriveva il segmento superiore del cistoma. Questo dato che anche lo Spencer-Wells (1) considera come caratteristico, ci faceva supporre che il tumore ovarico pescasse in liquido ascitico, sulla superficie antero-superiore del quale egli emergesse per un certo tratto col suo polo superiore. 4.° A rendere più facile l'errore eravi anche la singolare coincidenza di un ventre notevolmente espanso sui fianchi, in modo da somigliare ad addome disteso da liquido ascitico.

Invece, lo ripeto, mancava una vera ascite, che sintomatologicamente fu figurata dalle seguenti circostanze. 1.° Il tumore invece di essere eminentemente areolare, era costituito da una grande massa, pressochè solida, a forma ovoidea. Questa massa pressochè solida presentava lungo tutta la sua superficie anteriore una saccoccia cistica, suddivisa da due o tre tramezzi, con una parete anteriore sottilissima ed interamente aderente alla parte corrispondente della parete addominale. Per questa disposizione distinta sentivasi una fluttuazioue davanti ad una massa solida, che ritenevasi formare da sola il cistoma, e sulla quale appunto si giungeva deprimendo colle dita per breve tratto le pareti addominali e spostando in tal modo il liquido contenuto nella saccoccia cistica situata davanti alla massa areolare principale del neoplasma. 2.° Ma in tal modo non si spiega la fluttuazione, che malgrado la mancanza di liquido ascitico, percepivasi distintissima fuori dell' ambito del neoplasma, e che fu il segno precipuo per il quale si ammise l'esistenza di idrope ascite. Tale fluttuazione fu simulata dal seguente concorso di circostanze. Nell'anamnesi è accennato a dolori vivi in corrispondenza del quadrante inferiore sinistro dell' addome, insorti dopochè il tumore aveva già acquistato un certo sviluppo. Tali dolori furono occasionati, come dimostrò poi l'autopsia, dalla rottura di una sac-

---

(1) Spencer-Wells. *La diagnosi ed il trattamento chirurgico dei tumori addominali.* — Conferenze Volkmann, N. 125, 126, 127.

coccia cistica situata in basso ed indietro della massa principale del cistoma, saccoccia che colla sua parete posteriore era solidissimamente aderente al peritoneo parietale posteriore. È probabile che nel rapido sviluppo del neoplasma tale saccoccia sia stata stiracchiata in alto, donde il crepaccio, e il versamento del suo contenuto colloideo nel cavo ventrale. In seguito a ciò insorse una peritonite generale (dimostrata dall'autopsia), la quale diede luogo a formazione di un essudato gelatinoso, quasi colloideo, il quale essudato gelatinoso ricopriva tutta la superficie peritoneale, e specialmente le anse intestinali. Singolare fu la disposizione dell'essudato sulle anse intestinali: ivi si presentava sotto forma di finissimi filamenti, lunghi 3 a 4 cent., di consistenza gelatinosa che a guisa di barbe pendevano libere nel cavo addominale. La fluttuazione sentita al di fuori dei limiti del tumore era appunto dovuta alla presenza di tale essudato gelatinoso, in così singolare maniera disposto. E data tale condizione di cose, l'errore commesso nell'ammettere un idrope ascite, era, si può dire, inevitabile, e non fui il solo ad essere tratto in inganno.

Il diagnostico fu esatto ammettendo un cistoma ovarico, tuttavia esistevano circostanze le quali mi fecero ripetutamente pensare ad un neoplasma di indole maligna. Tali circostanze sono le seguenti: 1.° Il rapido sviluppo del tumore, che in meno di un anno era giunto a considerevolissime dimensioni, come lo provano le cifre ricavate colla mensurazione. 2.° La coesistenza di idrope ascite (ammessa nel diagnostico). 3.° La leggera sensibilità del ventre alla palpazione, sensibilità che potevasi attribuire al tumore stesso. 4.° La rapida comparsa di fenomeni di deperimento generale. Ora noi sappiamo appunto come questi segni accompagnino di preferenza le neoplasie di indole maligna dell'ovaio. Credei però all'esistenza di un semplice cistoma perchè un attento e minuto esame vaginale e rettale, e la diligente esplorazione degli inguini non mi permise di constatare alcun ingorgo ghiandolare apprezzabile. Sono però ben lungi di attribuire, in via generica, alla mancanza di questo segno, un valore decisivo nella questione diagnostica.

Prima di lasciare la parte diagnostica desidero toccare rapidamente un'ultima particolarità, quella delle aderenze. Nessun dato esisteva che potesse anche solo far nascere il dubbio di aderenze pelviche. Ammisi invece l'esistenza di aderenze intestinali. E ciò per due fatti: 1.° i dolori addominali pregressi che ritenni di

natura infiammatoria; 2.° la presenza di una piccola area sonora in mezzo ad un campo ottuso e fluttuante in corrispondenza del lato sinistro del tumore, spiegabile soltanto col supporre che ivi fosse rimasta aderente un'ansa intestinale, la quale per tale motivo restasse sommersa nel liquido ascitico in vicinanza della parete addominale anteriore. Ma tali aderenze io le giudicai di pressochè nessuna importanza per l'atto operativo.

Mi trovavo adunque davanti ad un caso clinico assai grave, cioè donna affetta da cistoma che si poteva credere di facile esportazione, ma in condizioni generali grame, e che andava deperendo sempre più di giorno in giorno, in modo da far pensare ad un decesso poco lontano, se non si fosse tentato di guarirla radicalmente; donna nella quale si temeva anche dell'esistenza di qualche nucleo di polmonite catarrale al polmone destro. Si doveva in tali condizioni operare, e tentare l'*extrema ratio* dell'ovariotomia per cercare di salvarla?

In un lavoro sulle indicazioni e controindicazioni dell' ovariotomia il Duplay (1) dice che non si deve operare nei casi nei quali esistono malattie generali e locali indipendenti dal cistoma ovarico, capaci di produrre colla loro ultima evoluzione la morte dell'ammalata, ma che del resto le diverse condizioni locali dipendenti dalla cisti sono di assai mediocre importanza per vietarci di operare (stato del contenuto del cistoma, aderenze, ascite, ecc.) (2). A sua volta il Koeberle ha scritto che l' estirpazione del tumore ovarico si deve fare quando la malattia segue un decorso progressivo, e che la vita dell'ammalata ne è minacciata (3).

Nel caso nostro si sospettava nell' operanda qualche nucleo di polmonite catarrale. Lo stato dei polmoni era una controindicazione per l' operazione? Era ragionevole il pensare che dopo l' estirpazione del tumore, reso più libero il funzionare del diaframma, messo l' organo ammalato in più favorevoli condizioni, esso avrebbe potuto guarire. Da questo punto di vista, una volta superati i pericoli inerenti all'operazione, l'ammalata si sarebbe tro-

---

(1) Duplay. *Les indications et les controind. de l'ovariotomie.* — *(Bull. de l'Acad. de Med.*, N. 44, 1878).

(2) Questo modo di vedere del Duplay è condiviso anche dal Thiriar nel suo lavoro recentissimo, dal titolo: *De l'ovariotomie antiseptique considérée surtout a point de vue de traitement du pedicule, etc.* Bruxelles, 1882.

(3) Koeberle. *Loc. cit.*

vata in circostanze più favorevoli per l'andamento del processo pneumonico.

Poteva poi la donna sopportare l'atto operativo? Si trattava di donna con cuore piccolo, con impulso cardiaco poco pronunciato, con polso debole, con un ramo arterioso cutaneo visibilmente ateromatoso, e per di più con probabili punti di polmonite catarrale. Un atto operativo di lunga durata, richiedente grave traumatismo, con perdita di sangue un po' notevole, durante il quale si fosse stati obbligati ad una prolungata cloroformizzazione, ed a mantenere per un tempo piuttosto notevole aperto il cavo del ventre, probabilmente avrebbe occasionato uno shok fatale. Ma io supponevo che l'estirpazione della cisti si sarebbe potuta fare rapidamente col dare alla incisione del ventre una estensione conveniente, in vista della mancanza di aderenze pelviche, e per trovarsi il neoplasma in certo qual modo isolato nel liquido ascitico, fatta eccezione di quelle poche aderenze viscerali, delle quali si era diagnosticata l'esistenza. Ora un atto operativo rapidamente eseguito, con poca perdita di sangue, poteva benissimo essere tollerato dall'organismo della nostra ammalata: se il cuore era piccolo e debole, non esisteva però alcun rumore anormale. Invitavami poi ad operare la persuasione che la donna lasciata a sè in pochi mesi, per non dire in poche settimane, sarebbe morta per i progressi del male; il desiderio ripetutamente espresso dall'ammalata e da suo marito, e la fiducia che avevo acquistato in seguito alla due ovariotomie più sopra narrate, e nelle quali avevo ottenuto tanto brillante successo. Non mi facevo però illusioni; consideravo il caso come assai grave, ed appartenente a quella categoria del Koeberle, nella quale si hanno alla pari le probabilità del successo e dell'insuccesso, e quindi di tale natura da disturbare facilmente il risultato favorevole della statistica. Ma al disopra dell'interesse della statistica deve collocarsi quello dell'ammalata e questo richiedeva l'intervento operatorio, perchè solo con esso si giudicava di poter giungere a salvare l'inferma.

Una volta decisa l'operazione, feci preparare e disporre il tutto per il giorno 21 febbraio 1882. Mi assistette direttamente il Dott. Negri di Milano. Al Dott. Nasi, assistente alla Clinica chirurgica, venne affidata la cloronarcosi. Presenziarono l'atto operativo buon numero di studenti e di medici, fra i quali il Dott. Nicola, già assistente all'Istituto.

Nel principio della cloroformizzazione vennero in scena fenomeni

dispnoici inquietanti che si calmarono dopo un po' di tempo. Essendo mio obbiettivo di condurre rapidamente a termine l'atto operativo, diedi senz'altro all'incisione delle pareti addominali l'estensione di 14 cent. Mi affondai strato a strato per giungere sul peritoneo, che credetti di aver raggiunto quando fra gli stretti margini cutaneo-fibrosi divisi apparve una sottile membranella, sulla quale però si vedevano decorrere verticalmente due vene di piccolo calibro. Sollevata con pinza dentata tale membrana al di fuori dell'ambito occupato dalle due vene praticai sulla piega una piccola incisione, dalla quale mi aspettavo di veder sgorgare liquido ascitico, ma che invece con mia grande sorpresa diede esito a liquido colloideo. Compresi tosto che ero giunto su di una saccoccia cistica, situata al davanti della massa areolare del neoplasma, interamente aderente alla parete addominale. Siccome sembra più facile il distacco delle aderenze parietali a cisti distesa, che non a cisti afflosciata, così mi affrettai di porre una pinza emostatica sulla piccola breccia praticata nella parete del tumore. Per tutta l'estensione dell'incisione addominale le aderenze erano fitte e tenaci, e siccome l'incisione era già sufficientemente lunga, così credei inutile estenderla in alto per cercare di giungere su di una parte di tumore libera da aderenze. Cercai a poco a poco di introdurre due dita fra il peritoneo e la parete cistica, che staccai tutto all'ingiro della ferita con sufficiente facilità; e poi facendo uso di quattro dita estesi il distacco sempre più. Durante questo momento dell'atto operativo si ruppe una piccola saccoccia cistica, che diede esito a liquido colloideo, ma non si ebbe emorragia di sorta. A questo punto si sentiva libera tutta la superficie anteriore del tumore: diedi esito al resto del liquido colloideo col trequarti di Koeberle, senza però ridurre di gran cosa la massa del tumore in larghezza ed in altezza. La breccia essendo insufficiente per dar passaggio alla parte solida del neoplasma, spaccai largamente il tumore in cavità, e cercai di svotarlo colla mano del liquido colloideo che conteneva nelle areole, e di parte delle trabecole che formavano il contesto delle areole stesse. Completata anche questa bisogna senza grande emorragia, afferrai colle pinze Pean il tumore e lo feci sgusciare attraverso la ferita. Si mise allora in vista l'epiploon, che notevolmente inspessito era per largo tratto aderente al polo superiore del neoplasma. Le aderenze fitte e tenaci mi obbligarono a segmentare con allacciature di catgut buona parte del grembiale epiploico, e quindi a

reciderlo all'esterno dei lacci. Vinta questa difficoltà, ed estratto completamente la massa neoplasica, apparve alla vista una larga membrana che distaccandosi dalla superficie postero-inferiore sinistra del tumore, passando a guisa di ponte sulla parte laterale sinistra dell'ingresso del bacino andava ad inserirsi al peritoneo pelvico corrispondente ed a quello ricoprente le vertebre lombari. Credei conveniente a questo punto di sbarrazzarmi del tumore: ne cercai il peduncolo, che partiva dal lato destro dell' utero, lo cinsi con filo di ferro che strinsi con serranodi del Cintrat, ed esportai quanto trovavasi al disopra. Reso libero il campo operatorio e pulitolo alquanto, trattai definitivamente il peduncolo dividendolo in due ed allacciando separatamente i due capi con seta fenicata; un'arteriuzza che gemeva sangue, fu presa ed allacciata isolatamente. Abbandonato il peduncolo restava fra le labbra della ferita l'estremità anteriore sanguinante (recisa nel trattamento del peduncolo) di quella membrana, che partendo dalla superficie posteriore del cistoma veniva a saldarsi col peritoneo della fossa iliaca sinistra e vertebrale. Messo provvisoriamente un laccio sulla parte sezionata, cercai di distaccare questa membrana, che non era altro che una porzione di saccoccia cistica notevolmente grossa e villosa, dalle sue inserzioni posteriori. Si sa che le aderenze della fossa iliaca sono spesso straordinariamente tenaci, e che a motivo della vicinanza dell'arteria e vena iliaca meritano di essere trattate con riguardo. Io ci misi della buona volontà; usai anche una discreta forza colle dita immesse nell'angolo formato fra il lembo cistico e la superficie peritoneale per ottenerne il distacco, ma inutilmente. Intanto l'atto operativo durava di già da più di un'ora ed un quarto, le cose incalzavano, il polso si faceva piccolo, ed il tempo diventava preziosissimo se si voleva evitare un collasso e finire sul vivo l'operazione. Sull'esempio di Olshausen (1) io avrei volontieri reciso, previa allacciatura, questa membrana in vicinanza delle sue inserzioni peritoneali, se non fosse stata soverchiamente voluminosa: credei miglior consiglio (ed ebbi forse torto) di fissarla come peduncolo all'angolo inferiore della ferita. Dopo ciò *toilette* della cavità peritoneale con spugne, che continuata per un certo tempo dava sempre esito a sostanza colloidea. Divaricata la ferita per cercare donde potesse

---

(1) *Loc. cit.*, pag. 17.

provenire tanta sostanza cistica, si videro le anse intestinali interamente coperte da filamenti colloidei che restavano aderenti alla superficie delle spugne. Compresi che una più insistente pulizia del cavo del ventre diventava inutile, perchè per esportare tutta la sostanza gelatinosa sarebbe stato necessario raschiare l'intera superficie del peritoneo viscerale. Procedei quindi senz'altro alla sutura, fatta con seta fenicata, dopo di aver collocato al disopra del peduncolo membranoso, obbligato con qualche punto all'angolo inferiore della ferita, un grosso tubo da drenaggio, pescante con un capo nello spazio del Douglas, e di cui tagliai rasente la parete addominale l'altro capo che fissai con un agofermaglio. Credei conveniente al caso clinico, contrariamente a quanto avevo fatto nelle ovariotomie antecedenti, l'uso del drenaggio profilattico, essendo stata impossibile la *toilette* peritoneale quale io la desideravo. Dopo ciò medicazione alla Lister, tenuta in sito da una larga fascia di flanella. Durata dell'atto operativo un'ora e tre quarti. La donna si riebbe a poco a poco e venne portata nel suo letto debole, ma in discrete condizioni.

Espongo sommariamente le vicende consecutive all' atto operativo:

Febbraio 21 mattina (prima dell'operazione). T. 37. P. 80. R. 28. Ore 4 pom. T. 36,6. P. 88. R. 28. Ore 9 pom. T. 36,8. — Vomito di sostanze nerastre alle 4 1|2 pom. - polso abbastanza bene sostenuto, condizioni generali discrete - dal tubo è uscito poco liquido sanguinolento e senza odore - nessun fenomeno di risentimento peritoneale - cateterismo.

Febbraio 22. — Ore 8 ant. T. 37. P. 100. R. 32. Ore 4 pom. T. 37,4, P. 100. R. 34. Ore 8 pom. T. 37,6. — Notte abbastanza tranquilla, si è ripetuto il vomito di sostanze colorite in nero (magistero di bismuto) - un po' di tosse - medicazione antisettica - nulla di notevole. — Alla sera il ventre è indolente ma leggermente meteorizzato alla regione epigastrica — vomito di un lombricoide che l' ha molto disturbata.

Febbraio 23. — Ore 8 ant. T. 37,7. P. 124. R. 36. Ore 4 pom. T. 37,4. P. 124. R. 40. Ore 8 pom. T. 38. — Notte insonne - si è ripetuto il vomito - sete vivissima - la donna si lamenta insistentemente fin da ieri di un senso di costrizione alla base del torace, ed ivi sente di non *poter avere il fiato* - condizioni del ventre immutate - medicazione - dal tubo da drenaggio esce liquido sieroso tinto di sangue, senza odore - alla sera la donna è assai debole.

Febbraio 24. — Ore 9 ant. La donna dopo di aver passato una notte completamente insonne, moriva alle ore 8 3|4 ant. con fenomeni di progressivo colasso con respirazione frequentissima.

La cura locale si limitò alla rinnovazione della medicazione; la cura generale consistette in oppio e clisteri di cloralio per ottenere il beneficio del sonno; in vino di marsala come eccitante; in latte ghiacciato come nutrimento, ecc. Dopo il vomito del lombrico vennero amministrati 10 centigr. di santonina e due ore dopo 30 grm. di olio di ricino senza effetto.

Non mi estendo sull'autopsia, avendo di essa già detto qualche parola. Centri nervosi nulla di notevole; cuore piccolo, ma sano; ai polmoni catarro bronchiale, un po' d'edema, nessun nucleo di polmonite catarrale; reni, ovaio sinistro, utero sani; fegato, milza, superficie inferiore del diaframma, anse intestinali ricoperte da un essudato gelatinoso di antica data, in certi punti formante un tutto continuo e spesso un buon dito trasverso, come ad esempio, alla superficie inferiore del diaframma, ed in altri punti disposto a guisa di lunghe barbe, ad esempio sulle anse intestinali. A proposito di quest'essudato il Prof. di Anatomia Patologica, Dott. Foà, a tutta prima emetteva il dubbio che potesse trattarsi di *endotelioma maligno peritoneale*, perchè all'aspetto macroscopico rassomigliava moltissimo a quanto aveva osservato in un caso che venne pubblicato dal suo assistente Dott. Boccolari (1). Però una più minuta osservazione, e più di tutto l'esame microscopico, dimostrarono invece trattarsi di semplice essudato infiammatorio, di aspetto gelatinoso, di antica data, e prodotto probabilmente dall'infiammazione destata dalla rottura di una saccoccia del neoplasma. Il tubo da drenaggio pescava nello spazio del Douglas, il lembo membranoso fissato come peduncolo all'angolo inferiore della ferita era intimamente adeso al peritoneo, e non si potè staccare senza produrre lacerazioni. Nessun essudato liquido nello spazio del Douglas.

Prima di dar termine a questa storia clinica voglio aggiungere una parola, o meglio emettere un dubbio su di un fattore probabile, che concorse a togliere la vita all'operata. Si trattava quivi evidentemente di un caso, nel quale la morte è la regola e la guarigione è l'eccezione. La donna soccombette ad un colasso?

---

(1) Vedi *Giorn. Intern. delle Scienze Medic.* 1881.

Senza voler negare l'influenza di questa causa, io desidero far rilevare due circostanze: l'una sintomatologica, anatomica l'altra. La sintomatologica consiste nelle lagnanze fatte dalla donna prima e dopo l'atto operativo, di un senso di costrizione alla base del torace, e di un malessere speciale che le rendeva difficile assai l'inspirazione. La circostanza anatomica è rappresentata dalle condizioni nelle quali si trovava il diaframma: la sua faccia inferiore era *alla lettera* tappezzata da un grosso strato di essudato dello spessore di un dito trasverso. Consimile essudato io ricordo di avere visto anche in una pleurite osservata in una gravida di sette mesi che si trovava nella Clinica del Prof. Tibone, nel tempo in cui io ero suo assistente, nel qual caso si provocava il parto prematuro in *articulo mortis* per evitare il taglio cesareo *post mortem*. Orbene, nella nostra donna il difficoltato atto inspiratorio prima dell'operazione poteva attribuirsi agli ostacoli, che la presenza del tumore opponeva all'abbassamento del diaframma. Ma dopo l'atto operativo come spiegarlo? Non sarebbe logico il supporre che l'essudato tappezzante la inferiore superficie diaframmatica ne impedisse la normale funzione di questo muscolo? E ammesso ciò si può anche credere che tale condizione di cose non sia stata senza influenza nel condurre alla tomba la nostra operata.

Il tumore esportato era realmeute un cistoma areolare: il peso della parte solida si vide essere di 4 chilogrammi.

(Continua).

OSPEDALE MAGGIORE DI VERCELLI

OVARIOTOMIA DOPPIA

PER

CISTI DEL LEGAMENTO LARGO DI SINISTRA

E CISTO SARCOMA DELL' OVAIO DESTRO

FATTA E NARRATA

dal Dott. GIUSEPPE CHIARLEONI

Professore Direttore della Scuola di Ostetricia e Chirurgo Primario.

Il giorno 11 luglio 1882 veniva coricata nel mio servizio di chirurgia certa Teresa Cima, di 58 anni, mugnaia, di Quaregna (circondario di Biella) per un tumore al ventre.

Visitata da me, la giornata istessa dell'ingresso, ho potuto raccogliere quanto segue: — Donna di alta statura, di conformazione scheletrica regolare, a muscolatura bene designata ma omai flaccida e rilassata, ricoperta da poco o punto pannicolo adiposo. Tinta giallastra del tegumento. Tratti del volto poco o punto alterati; note anemiche, con principio di ateromasia vasale; sensorio, polmoni, cuore e fegato in buone condizioni. Digestione, defecazione e urinazione normali. Mestruata per la prima volta a 18 anni passò a marito a 21. Per 4 anni non ebbe figli, di poi con intervalli di 18 a 20 mesi ebbe otto gestazioni tutte normali, di cui una gemella; partorì sempre felicemente, e potè allattare tutti i suoi bambini. Nella seconda metà dell'anno 1877 ebbe a soffrire di alcune sospensioni, o meglio ritardi nella funzione catameniale. Così erano le cose quando nel gennaio del 1878 senza causa apparente soggiacque ad una spaventevole emorragia uterina che in poco più di due settimane la trasse all'orlo della tomba. Ma la sua robusta tempra, probabilmente assai più della cura instituita, la tirò fuori da ogni immediato pericolo. La

emorragia sedata, non doma, continuò però sempre e ancora alla mia visita si trovano i genitali imbrattati di sangue in parte coagulato sotto forma filamentosa. Conseguenza della prima emorragia fu un considerevole edema degli arti inferiori, che richiese più e più mesi per iscomparire totalmente. Allorchè l'accidente emorragico richiamò l'attenzione del curante circa lo stato dell'utero e suoi annessi, venne scoperta la presenza di un tumore occupante la regione sottombellicale, di preferenza a destra. Come nel prossieguo si sia comportato questo tumore, e quali fossero le modificazioni circa il volume e il grado di tensione, ecc. del ventre, sono altrettante cose che non mi è possibile di apprendere dalle sempre contradditorie risposte della malata.

Giova soltanto ricordare come da parecchi mesi il medico curante avesse dichiarato alla donna che oltre il tumore la cavità del ventre conteneva buona copia di *acqua*, in altri termini che si era aggiunta una idrope ascite al morbo primo.

Questo poco, fu quel tutto mai che ho potuto raccogliere dalla malata che, pure, è svegliatissima di intelligenza.

Venendo ora all'esame da me praticato, eccone in breve il risultato: ventre assai sviluppato nella zona sottombellicale, irregolare nella forma; una specie di linea di demarcazione fra due tumori si può osservare nel quadrante inferiore destro; questa linea è irregolare nel decorso e sale dal legamento di Poparzio fino alla regione epicolica destra. I tessuti delle pareti ventrali che ricoprono il tumore di destra sono tesi e non s'allontanano da questo durante la respirazione; lasciando sospetto che sieno uniti fra di loro, massime all'altezza della fossa iliaca interna.

Colla palpazione si arriva con estrema facilità a determinare la fluttuazione superficiale, estesa a tutta la superficie anteriore laterale sinistra del ventre. Il liquido è saccato e non libero nel cavo peritoneale. A destra si delimita in piccola superficie un grosso tumore a consistenza elastica ma non fluttuante che dall'ingresso del bacino sale occupando tutta la fossa iliaca interna fino quasi alle false coste. Esso sembra pressochè immobile sia che si faccia decumbere la donna sul suo fianco sinistro o si metta nell'atteggiamento genu-cubitale.

La puntura con un ago della siringa di Pravaz dà un liquido trasparente come acqua di rocca per il tumore di sinistra, e per quello di destra appena poche goccie di liquido sanguigno torbido che versato in un vaso s'espande lasciando alla periferia un cerchio di sostanza avente un colore leggermente caffeico.

L'esame digito-vaginale fa sentire l'utero stirato col suo corpo alcun poco a destra, il collo di volume normale appena inclinato in senso opposto. La misurazione dà 6 ctm. di altezza totale dell'organo. Nessuna lesione apparente del muso di tinca, la di cui mucosa è però alquanto iperemica. L'esame rettale non fornisce nessun maggior dato.

Concetto diagnostico: cisti del paraovario sinistro e probabile tumore fibro-cistico dell'ovaio destro; poco probabili aderenze della cisti; punto aderenze della fibrocisti (1).

Come solo concetto curativo possibile, la esportazione dei tumori. Chiamato a consulto l'Egregio Collega Dott. Biancardi, si conviene unanimi nei concetti suesposti.

La povera malata che aveva fatto ricorso al nostro ospedale decisa di tentare ogni mezzo di cura radicale, fu presto persuasa della necessità di lasciarsi operare; epperò si stabilì la operazione per il 15 luglio alle ore 2 pom.

A questo punto chieggo venia al lettore se accenno ai preparativi di asepsi che ho creduto mio dovere di fare. Io credo che davanti alla luminosa evidenza dei fatti osservati in tutto il mondo civile, sarebbe stoltezza il negar valore alla cura antisettica; non ne parlo adunque coll'aria di chi crede di dire cose nuove, ma soltanto per dimostrare, ciò che del resto altri hanno già fatto, che la scelta del luogo dove operare ha nessuna importanza, semprecchè si rispettino rigorosamente le minuziose regole della più severa asepsi.

La sala comune delle operazioni fu scelta e preparata per il mio caso. Dopo averla fatta sgombrare di tutto il mobiglio superfluo, non lasciando che il letto di operazioni, due tavoli e poche sedie con sei porta catini, due giorni prima di quello assegnato per l'atto operativo, feci lavare tutti gli stipiti delle porte e degli armadi, le porte, le finestre e tutto il mobiglio con spugne imbevute in soluzione fenica al 3 0|0: e il pavimento fu letteralmente inondato della stessa soluzione.

Ciò fatto feci chiudere le finestre, e mediante due polverizzatori a mano si cospersero di acido fenico polverizzato tutte le

---

(1) Il giudizio intorno alla possibilità che il tumore di destra presentasse delle aderenze venne modificato nel senso suesposto poco prima della operazione, dietro un ultimo esame fatto in uno agli egregi Prof. Chiara e Dott. Valerani. Gli esami anteriori avevano condotto ad un giudizio opposto.

pareti. La stessa operazione fu rinnovata il domani, e il giorno 15, per 3 ore (dalle 10 ant. alla 1 pom.), feci funzionare un eccellente polverizzatore a vapore.

In questo modo l'ambiente mi parve ridotto alla più seria antisepsi, e debbo pur dire che tale apparve a quanti assistettero all'operazione.

Lo *spray*, durante l'atto operativo, poteva così essere eliminato, come lo fu infatti, e ciò senza temerne danno.

Malata e infermieri si ebbero il bagno prima della operazione, e quanti presero parte alle manovre operative usarono le massime precauzioni antisettiche.

Inutile riandare la polizia e il bagno fenico degli strumenti, delle spugne, delle flanelle, ecc.; tutte cose che furono della maggiore preoccupazione.

Franca invece la spesa di accennare che era mia intenzione di non fare la vera medicatura consecutiva alla Lister, ma di servirmi della polvere di jodoformio, sempre però *ricoperta di garza comune bagnata al momento nell'acido fenico e bene strizzata, rivestita a sua volta da spesso strato di cotone fenico.*

L'jodoformio che in chirurgia lo impiego da circa cinque mesi in tutti i casi nei quali è indicata la medicazione listeriana, e quale suo sostituto, mi ha convinto fino all'evidenza del suo incomparabile valore antisettico. Infatti su circa 150 malati nei quali a quest'ora ho usato cotale agente, non ebbi mai a lamentare un processo febbrile d'*origine sospetta*, e le piaghe della peggiore specie non tramandano più odore cattivo di sorta fin dalla prima medicatura.

Scostandomi adunque dal metodo listeriano rimanevo però sempre nel campo dell'antisepsi la più scientificamente e praticamente provata.

Ed ora facciamo ritorno alla nostra storia.

Alla presenza di molti fra i colleghi dell'Ospedale, non chè dei signori Prof. Chiara di Milano, Dott. F. Valerani di Casale e Dott. Chauvenet di Verona, alle 2 1|2 pom., come già si disse, diedi principio all'operazione.

Aperto il peritoneo ed esplorato il tumore cistico, che era l'anteriore, si scopersero estesissime aderenze parietali. Coll'aiuto della mano però la massima parte di esse fu staccata e poche briglie soltanto furono incise fra due legature di catgut N. 2.

Ma non fu possibile di staccare quelle della parte più alta della

cisti. In allora impianto in questa una canula di Koeberlé ed estraggo buona copia di liquido incoloro al principio e più tardi leggermente torbido rossigno.

Estratta poi una piccola porzione di cisti e chiusa l'apertura senza togliere la canula, ritento di liberarla totalmente dalle aderenze. Ventura volle che la canula, urtata alquanto dalla mano introdotta nell'addome, andasse a ferire una grossa vena serpeggiante alla superficie del secondo tumore.

Una imponente emorragia mi fece tosto avvisato di quanto era avvenuto, laonde allacciata in massa la parte di cisti estratta e tolta la canula, dovetti accingermi ad attaccare l'altro tumore sanguinante.

Con alcune pinze di Pean frenata la emorragia esplorai il tumore che era senza aderenze e scoperta una porzione senza vasi in essa infissi la canula. Ma da essa non uscì traccia di liquido alcuno. Laonde aperto il tumore largamente mi diedi ad estrarne il contenuto che molto rassomigliava per la consistenza a del cacio rappreso, però di colorito cinerognolo.

Pur troppo non potei evitare che parte di quella sostanza cadesse nell'addome. Impugnato poi a piene mani il tumore facendolo inclinare in avanti, potei, dopo allargata alquanto la breccia delle pareti ventrali, estrarnelo e tosto allacciarne il peduncolo, segmentato in due, con grosso filo di seta N. 3.

Feci allora ritorno alla cisti, che potei, con pazienza e tempo, liberare da tutte le aderenze superiori, però recidendone una spessissima che in alto fissava tenacemente la cisti alle pareti addominali.

Estratta in totalità la cisti mi detti a cercare il peduncolo.

Ma sventuratamente questo faceva una cosa sola con l'esse iliaco del colon in una estensione di non meno di 12 cent. a partire dalla piega del Douglas.

Fu cerziorata la natura della cisti che era veramente del paraovario sinistro.

Si discusse in quel momento se non fosse il caso di staccare la parete cistica dall'intestino, ma dopo attento esame mi appigliai alla decisione di allacciare al punto di loro congiunzione; ciò che feci con la seta nel modo detto per l'altro tumore.

La *toeletta* peritoneale fu il tempo più lungo della operazione. Ma alfine sicuro che nessuna sostanza straniera più in esso era contenuta, affondai i due peduncoli, e spolverato il peritoneo

parietale di jodoformio, chiusi con sei punti di cucitura profonda e alcuni di superficiale, la ferita delle pareti del ventre, che poi copersi di uno spesso strato di jodoformio sovrapponendovi garza comune bagnata nell'acido fenico al 2 0[0, e cotone fenico.

Una fascia a corpo e due sacchetti di migliarola completarono la medicazione.

L'atto operativo in tutto aveva durato 1 1[2 ora.

Il cloroformio impiegato fu nella quantità di 100 grammi.

La donna tardò fino alle 5 a svegliarsi.

Trovo inutile di riportare il diario clinico perchè di nessun ammaestramento speciale. Dalla tavola della temperatura, polso e respirazione il lettore potrà facilmente apprendere come tutto sia progredito normalmente. Accennerò soltanto ad un fatto.

La emorragia uterina che durava da quasi cinque anni cessò come per incanto; e solo per un po' di congestione pelvica avvenuta in 3ª e 4ª giornata si fecero vedere poche goccie di sangue; di poi più nulla. Il giorno 26 luglio la donna abbandonava il letto, e il 5 agosto l'ospedale in ottimo stato.

Ecco ora la tavola accennata:

1.º giorno.	—	Ore 5 pom. T. 36,4. P. 64. R. 20.
		Ore 8 pom. T. 37,1. P. 74. R. 18.
2.º »	—	Mattino T. 37,8. P. 76. R. 20.
		Sera T. 37,2. P. 72. R. 18.
3.º »	—	Mattino T. 36,6. P. 70. R. 20.
		Sera T. 37. P. 76. R. 20.
4.º »	—	Mattino T. 36,6. P. 72. R. 18.
		Sera T. 37,2. P. 74. R. 18.
5.º »	—	Mattino T. 37. P. 78. R. 18.
		Sera T. 37. P. 78. R. 18.
6.º »	—	Mattino T. 36,6. P. 76. R. 20.
		Sera T. 36,8. P. 80. R. 20.
7.º »	—	Mattino T. 36,8. P. 80. R. 21.
		Sera T. 37,4. P. 88. R. 20,
8.º »	—	Mattino T. 37,1. P. 84. R. 20.
		Sera T. 37. P. 88. R. 22.
9.º »	—	Mattino T. 36,9. P. 80. R. 20.
		Sera T. 37,3. P. 88. R. 20.
10.º »	—	Mattino T. 37. P. 72. R. 20.
		Sera T. 37,2. P. 84. R. 20.

11.º giorno — Mattino T. 36,8. P. 72. R. 20.
Sera T. 37. P. 76. R. 20 (1).

Per essere sufficientemente esatto, dirò che, la cisti del paraovario pesava 130 grammi, e il suo contenuto (almeno il raccolto) 4 kgr.; il tumore cisto sarcomatoso pesava 3500 grammi, ed aveva 33 ctm. di diametro longitudinale, 19 di transverso e 14 di antero posteriore.

La moda vorrebbe che mi accingessi a far un ragionamento epicritico intorno al caso esposto; ma non me ne sento la voglia; dappoichè sono convinto che annoierei il lettore, piuttosto che interessarlo. I casi, come il riportato, se non frequenti, sono però conosciuti assai bene da quanti hanno avuto occasione di accingersi a tal genere di atti operativi. Le difficoltà incontrate nel corso della operazione non furono nè grandi nè eccezionali. Tutto adunque mi fa divieto di intrattenermi più a lungo su quanto riguarda l'atto operativo in sè e le conseguenze sue.

Ma non voglio passare sotto silenzio due punti che reputo degni di fissare la attenzione dei pratici, voglio dire la esplosione di una grave emorragia concomittante la scoperta di un tumore del ventre, e la estesa aderenza del peduncolo della cisti con l'intestino.

La emorragia uterina nel corso dei tumori ovarici, qualche volta, al dire di Koeberle, si osserva al pari delle irregolarità menstruali e della amenorrea.

Non sarebbe adunque il caso di parlarne, ove nella nostra donna non avessimo a considerare la età (58 anni), e la durata diuturna della perdita stessa. Si comprende assai bene che una donna la quale, affetta da tumore ovarico nel periodo generativo, possa avere saltuariamente delle vere emorragie uterine. Ma meraviglia alquanto il caso di una emorragia da tumore ovarico che apparsa dopo che certe irregolarità menstruali preannunziavano la menopausa, si continua senza interruzione per tanti anni. Con tuttociò la meraviglia deve cessare, quando si pensi che la presenza dei due tumori, la natura semisolida di uno di essi, dovevano mantenere in uno stato tale i vasi afferenti ed efferenti del-

(1) Dal giorno 26 luglio al 5 di agosto la donna che s'alzò giornalmente fu sempre bene.

l'utero, da spiegare una permanente congestione di questo viscere portata a tal grado, da parimenti determinare una permanente emorragia; e ciò anche ad un'epoca di vita nella quale sogliono cessare tutti gli atti funzionali generativi.

Non nego però che al mio primo esame e prima di avere *sondata* la cavità dell'utero, mi trovai perplesso alquanto fra un tumore di natura sospetta del corno destro dell'utero, e un tumor solido dell'ovaio omonimo.

Ma l'altezza totale dell'utero (6 ctm.), e la regolarità sua di contorno poterono presto fugare i miei dubbii, le mie incertezze, e permettermi una spiegazione del fatto emorragico nel modo ora enunciato.

In generale non è frequente punto la intima unione del peduncolo con l'intestino, e nel caso particolare meraviglia molto il fatto che il peduncolo della cisti paraovarica fosse immedesimato con l'esse iliaco del colon in una così grande estensione. Non si trattava di un piccolo ponte, ma bensì di una apparente continuità perfetta di tessuto, a partire dal basso della pagina posteriore del legamento largo, fino a raggiungere il disopra della sincondrosi sacro iliaca sinistra.

La separazione dell'intestino dal peduncolo mi si concederà facilmente che doveva essere un'aggiunta all'atto operativo gravida di difficoltà e di pericoli, lunga e delicata. Pur tuttavia mi parve, come avvisava il Prof. Chiara, che la si potesse mandare ad esecuzione. Era però prudente? Qui sta il nodo della questione. Dichiaro che là per là mi sarebbe stato impossibile eseguirla mancando di *klemmer*, con l'aiuto dei quali soltanto avrei potuto accingermi all'opra; quello che in merito sarò per dire adunque, vuole essere ritenuto come il frutto della riflessione calma e serena dei giorni che tennero dietro all'atto operativo. In favore della separazione del peduncolo dall'intestino militava il fatto che, le parti rese indipendenti, avrebbero potuto con le migliori probabilità rendersi innocue; mentre invece lasciate a tanta vicinanza, tutto faceva temere che il peduncolo avrebbe sofferto nelle sue trasformazioni in causa dei moti dell'intestino. E per vero, dato che il moncone, libero nel ventre, continua a vivere, o per mezzo dei succhi peritoneali, o per il ripristinarsi della circolazione attraverso i vasi non completamente occlusi dal nodo, o per una specie di linfa plastica che si forma all'intorno del cingolo strozzante, e mette in comunicazione le parti

sotto e sopra di esso, la natura per bastare ad uno, o a diversi ad un tempo di questi importanti compiti, abbisogna della massima quiete; e questa s'aveva tutta ragione di credere, come dissi, che fosse minacciata in modo compromettente non staccando in totalità il peduncolo dall' intestino.

Se però noi rivolgiamo la nostra attenzione su quanto sarebbe avvenuto dopo questa separazione, non potremo non convenire che per ovviare ad un male ci saremmo trovati di fronte ad un altro forse peggiore. In fatti, per separare intestino e peduncolo, facendo legature a 3 ctm. di distanza l'una dall' altra, s' avrebbe dovuto praticare non meno di quattro lacci perduti sulla parete dell' intestino. Ma i piccoli monconi siti alla faccia esterna dell'intestino come mai s'avrebbero potuto guardare con occhio indifferente? Mi si vorrà concedere almeno di dichiarare che se non peggiori nelle loro possibili conseguenze almeno costituivano altrettanto pericolo quanto il moncone a lato dell' intestino. La conclusione mi par ovvia, ed è: che quanto si fece fu il meno male.

Ma mi si chiederà: questo lungo peduncolo saldato allo intestino era desso un sottile sacco cistico, oppure non era che un cordone pieno? Non posso rispondere categoricamente. E ciò perchè, la allacciatura di quanto a prima vista fu preso per peduncolo, aveva preceduto d'alcun poco la scoperta del vero stato delle cose. La puntura di questo peduncolo sarebbe stata cosa poco seria; ma però per noi la prima supposizione fatta, fu quella che lungo il peduncolo vi fosse una cavità. Ammettiamo che questa sia la realtà delle cose; che cosa mai avverrà col tempo? Si formerà una nuova cisti, o sotto le nuove condizioni di cose ne avverrà la obliterazione completa.? In oggi una risposta sarebbe prematura; quel tutto mai che si può dire è questo, che al nostro esame vagino-retto-addominale praticato sulla donna prima di licenziarla nulla di voluminoso abbiamo potuto rilevare fra parete posteriore dell'utero e rettale.

INTORNO A QUATTRO LAPAROTOMIE

ESEGUITE

DAL PROF. O. MORISANI

RELAZIONE

del Dott. VINCENZO LAURO

Assistente alla Clinica Ostetrica nella R. Università di Napoli.

Napoli, 2 agosto 1882.

Egregio Prof. Chiara,

Il Dott. Vincenzo Lauro, Assistente in questa Clinica Ostetrica ha desiderato di pubblicare alcune operazioni di *laparotomia* fatte da me in città, o in clinica, ad una delle quali Voi aveste la cortesia di assistere. Io ho volentieri consentito ad un tal desiderio, anche perchè alcuna di esse mi pare non destituita di una certa importanza.

Vi mando adunque queste istorie, pregandovi a dar loro un posto negli *Annali di Ostetricia e Ginecologia.*

Vi ringrazio, e vi saluto con affetto.

O. MORISANI.

I.

Cisti ovarica complicata ad ascite saccata Ovariotomia - Guarigione.

E. P. di anni 30 da Platici (Calabria) è una donna di buono sviluppo scheletrico, e di buona nutrizione; i suoi genitori tuttora viventi godono buona salute.

La mestruazione comparve al 13° anno, ed è continuata sempre regolarmente e piuttosto abbondante.

È maritata da 13 anni ed è madre di 3 figli, l'ultimo dei quali conta ora sei anni.

Tutte le gestazioni procedettero senza disturbo di sorta, solamente nella prima gravidanza abortì.

Asserisce essere stata sempre bene, ed aver sofferto soltanto una forte febbre nel primo anno del suo matrimonio.

Fa datare il cominciamento delle attuali sofferenze fin dal 20 luglio ultimo, allorchè fu presa da forti dolori in corrispondenza della regione renale, dolore continuo, che a forma di cintura arrivò fino alla regione epigastrica, fissandosi proprio, secondo la sua espressione alla regione dello stomaco, e fu allora che i dolori aumentando ancora di più, e diffondendosi ancora nella loro sede, richiamarono molto seriamente l'attenzione della signora, la quale vide il suo ventre grandemente tumefatto nel solo volger di giorni cinque.

Contemporaneamente alle dolenze addominali ed al turgore del ventre, fu presa da vomito ostinato, che non le permetteva la benchè minima introduzione di cibo sia solido, sia liquido.

Consultato un Dottore della Provincia, questi disse da prima trattarsi di una malattia viscerale, però dopo che si accorse dell'aumento di volume del ventre, fece la diagnosi di cisti ovarica, e siccome lo addome era fortemente disteso, ed i dolori ed il vomito non cessavano, credette opportuno praticare la puntura della cisti, e questa venne eseguita il 20 agosto ultimo. Dallo addome vennero fuori 12 litri di un liquido della densità e del colorito dell'olio, di cui non fu fatta la analisi.

Dopo la puntura cessarono i dolori e qualunque altro precedente incomodo, però dopo pochissimo tempo il liquido si ripro-

dusse, ricomparve il gonfiore del ventre, e la signora si presentò al Prof. Morisani per farsi osservare

L'esame rilevò un ventre voluminoso come in donna incinta in 8° mese di gestazione, con cute cosparsa di smagliature cutanee.

Le misure erano le seguenti:

Circonf. all'ombelico	Cent.	98
» 3 dita al di sotto dello stesso	»	96
» » al di sopra »	»	109
Distanza xifo-ombelicale	»	51
» pube ombelicale	»	25
Dalla spina iliaca ant. sup. di sinistra alla cicatrice ombelicale	»	29
Simile distanza a destra	»	26

Colla palpazione si nota che il ventre è ripieno d'un tumore di forma sferoidale, di consistenza elastica, con superficie liscia che si estende nella piccola pelvi. La fluttuazione dello addome è chiarissima.

Cercando di far scorrere le pareti ventrali al di sopra del tumore, vi si è riuscito agevolmente e lo scorrimento è stato possibile in ogni verso; solo in corrispondenza della cicatrice ombelicale si notavano delle aderenze, ma non molto tenaci, perchè sempre permettevano una certa mobilità delle pareti addominali stesse.

Il tumore anche esso era spostabile in tutti i versi, in guisa da poterlo giudicare libero da aderenze.

Colla percussione si aveva suono pieno o timpanico nella linea xifoidea fino a 4 dita trasverse al di sotto della appendice dello stesso nome: lungo le parasternali di ambedue i lati altrettanto, livello che comincia a discendere gradatamente ed equabilmente in corrispondenza delle linee papillari e delle ascellari anteriori. La linea di discesa si poteva giudicare un po' più esagerata a destra che a sinistra.

Su tutto il resto del tumore si aveva sempre suono vuoto od ottuso.

Dalla parte della vagina si notava che l'utero era mobile in tutti i versi ed affatto indipendente dal tumore addominale, non comunicandosi all'utero i movimenti impressi al tumore, nè a

questo i movimenti impressi all'utero. Però si poteva chiaramente notare che il tumore si inseriva al lato sinistro della pelvi con un peduncolo mediocremente lungo. Esplorata con la sonda la cavità uterina, si rilevava che essa era della lunghezza normale, penetrando questa per soli sette centimetri.

L'utero però si trovava in una latero-versione destra.

Per i suddetti criterii adunque si fece la diagnosi di cisti uniloculare dell'ovario di sinistra a pareti piuttosto sottili, in massima parte libera da aderenze colle pareti addominali e col corpo dell'utero, con picciuolo mediocremente lungo.

Il Chiarissimo Prof. Frusci invitato ad esaminare la inferma, si accordò pienamente nella diagnosi già fatta.

Il giorno 10 novembre si procedè alla seconda puntura della cisti, la quale diè fuoruscita ad un liquido sieroso-filante che qualche volta oppilava il lume della cannula del trequarti, di colorito evidentemente ematico. La quantità del liquido estratto potè calcolarsi a circa nove litri, e fatto analizzare dal Prof. Primavera diede i risultati seguenti:

C. c. 60; pes. spec. 1021 reazione alcalina, aspetto torbidiccio, colore rosso piuttosto carico. Albumina grammi 60 per litro di cui però una piccola parte deve attribuirsi a quantità ben sensibile così di sangue, come di muco pus; cloruri grammi 7 per litro, parecchie cellule rotonde e granulose, anzi con alquante goccioline di grasso, simili ai corpuscoli del colostro, assenza di cristalli di colestearina.

La puntura non cagionò alla donna alcuna molestia, e rimase in letto solo due giorni. Dopo la puntura il ventre parve completamente vuotato e la cisti retratta: quel residuale volume che si toccava in basso ed a sinistra, pareva fosse dovuto al segmento inferiore della cisti, che era fatto da tessuto più denso e resistente.

Stabilita la indicazione della ovariotomia, questa fu eseguita il giorno 20 dello stesso mese dal Prof. Morisani alla presenza dei Professori Frusci, Ranieri, Raffaele Ed. e Postiglione N. e dei Dottori Vivenzio Ruocco e noi, previa la opportuna preparazione.

Si praticò in corrispondenza della linea alba sottombelicale una incisione, che cominciando da un dito trasverso al di sotto dell'ombelico, si arrestava a circa 3 centimetri al di sopra del pube; e tutta la incisione poteva avere la lunghezza di 14 a 15 centimetri. A misura che erano incisi vasi sanguigni della spessezza

delle pareti addominali, venivano torti o legati con catgut a seconda la quantità del sangue che davano e la loro grandezza, cosicchè quando si arrivò al peritoneo, si ebbe una completa emostasia.

Al di sotto della tunica peritoneale si vedeva trasparire il liquido contenuto, il che pareva confermasse la sottigliezza delle pareti cistiche. Ma si restò grandemente sorpresi nel vedere venir fuori appena inciso il peritoneo una grande quantità di liquido manifestamente ascitico, circoscritto al lato destro e mediano dello addome (ascite saccata). Nel lato sinistro dello addome esisteva una cisti abbastanza voluminosa, essa si protendeva verso la regione mediana e posteriore, ricoverta in questa regione dalla collezione ascitica saccata; aveva una forte aderenza con la tromba Falloppiana dello stesso lato, ed un peduncolo sufficientemente lungo, quindi fu necessità fare due legature sul picciuolo ed una sulla tromba aderente, ed asportare il tumore, tagliando a circa un centimetro dalla legatura.

La inferma non perdè che pochissimo sangue, e quando la emostasia fu completa e perfetto il nettamento del peritoneo, si procedè alla sutura delle pareti addominali.

Furono messi cinque punti di sutura staccata profondi, e sette superficiali, fatta con filo di seta fenicato.

Fu necessità di mettere qualche punto di più di quelli che sarebbero stati strettamente necessarii, per raffrontare esattamente i margini cutanei della ferita, al che ostava una notevole quantità di adipe raccolto nel cellulare sottocutaneo.

Medicata la operata con medicatura alla Lister, fu trasportata nel letto, ove doveva restare tutto il tempo della malattia.

L'operazione ebbe la durata di circa un'ora.

Il tumore asportato consta di due parti ben distinte tra loro ma ambedue formano la massa del tumore istesso: una di esse, la più grande, ha il volume della testa di un feto, e la stessa forma rotondeggiante, coverta per due terzi della sua superficie da produzioni papillari abbondanti ed immensamente stivate: alcuni gruppi di queste non si sollevano molto dalla superficie d'impianto, esse sono continue, frastagliate in modo da costituire una superficie d'un aspetto come vellutato.

Di tratto in tratto si elevano su esse delle piccole vescicole peduncolate a contenuto trasparente, le quali premute fra le dita, fanno uscire un liquido limpido piuttosto denso, da avere l'aspetto

di sostanza mucosa, fluidificata, rinchiusa in una parete piuttosto resistente, la quale internamente è tapezzata da epitelio pavimentoso.

In altri punti queste stesse produzioni papillari sono raggruppate a masse di varia grandezza, le quali alla lor volta pendono dalla parete del tumore sottostante, mercè peduncoli di vario spessore, i quali in certi punti si assottigliano talmente fino ad addivenire simili ad un piccolo nastrino.

In certi punti si riesce a constatare come dalla superficie del tumore partano delle briglie di tessuto (3 o 4) le quali camminano separate per una certa estensione e sono perfettamente lisce, fino a che ad una distanza di 2 o 3 centimetri si riuniscono in modo da confondersi e terminarsi in masse papillari di varia grandezza formate da gruppi papillari profondamente frastagliati. Anche su queste produzioni notansi abbondanti vescicole peduncolate della natura di quelle testè descritte, e che fin da ora non esitiamo a ritenere come produzioni mixomatose: tutte queste masse sono perfettamente libere dal resto del tumore, in modo che immerse in un liquido rimangono nuotanti. Del resto la parete di questo tumore è liscia, meno poche false membrane che osservansi qua e là disperse sulla superficie del tumore.

Il suo colorito è bianco-perlaceo risplendente molto, in modo dà far ritenere che sia ricoverto da una membrana sierosa.

Tutta quella superficie che presentasi coverta dalle stesse produzioni papillari testè descritte, ha una consistenza elastica e fluttuante, in modo da far ritenere che il suo contenuto sia liquido, mentre quel segmento coperto fittamente di produzioni papillari, così come abbiamo accennato, presenta tale resistenza al tatto, da non lasciar dubbio alcuno, che esso sia formato da tessuto compatto.

Fatto un taglio sul segmento liscio del tumore in modo da interessarlo per circa un terzo del suo volume, vien fuori un liquido di colorito giallo-citrino, piuttosto tenue, in cui sono sospesi però molti coaguli giallastri.

Svuotata bene del suo contenuto questa cavità cistica, ed osservatane attentamente la superficie interna della parete, essa mostra presso a poco lo stesso aspetto della superficie esterna, cioè a dire per una certa estensione è anche liscia, meno piccole ineguaglianze che si elevano molto poco dalla superficie sottostante, e che paiono essere formate dallo spessore diverso della

parete stessa; nel resto è coverta da produzioni papillari, per forma e quantità simili a quelle che si sono osservate sulla superficie esterna. Anzi è da notare come in questa faccia interna il segmento su cui osservansi forme papillari, corrisponda perfettamente al segmento nella superficie esterna in cui osservasi lo stesso fatto. Soltanto in un punto elevasi una grossa massa papillare, del volume pressochè di una noce, formata da papille finissime ed immensamente frastagliate, la quale è attaccata per mezzo di un peduncolo di una certa lunghezza alla superficie interna della parete cistica, ed è liberamente ondeggiante nella cavità stessa della cisti.

Tutta la parete cistica, come spessezza, nei punti in cui si presenta liscia, non raggiunge che pochi millimetri, nel sito al contrario in cui è coperta allo interno ed esterno di produzioni papillari, la spessezza è piuttosto notevole, messo anche da parte quell'aumento di volume che potrebbe esser relativo alla sovrapposizione delle papille.

Fatto un taglio in questo punto della parete, in modo da interessarla in tutta la sua profondità, si notano i fatti seguenti: essa consta di una massa di tessuto compatto della grandezza d'una piccola noce, di forma piuttosto ellissoidale, in modo che i due estremi della ellissi si continuano colla parete della cisti senza presentare linea di attacco, come che sia, in guisa da far supporre alla sovrapposizione di altro tessuto, anzi dalla superficie che corrisponde allo interno della cisti, questa massa è concava in modo, come quasi abbracciasse la cisti stessa, e ne formasse la parete in quel segmento. Dalla parte esterna al contrario la convessità non è uniforme, ma mostra un sollevamento che è costituito dal massimo spessore della massa descritta.

Al taglio l'osservazione macroscopica fa vedere come la parte centrale sia fortemente imbevuta di sangue, e raggruppati presso a poco nel centro notansi sezioni trasversali di grossi vasi, riconoscibili dai coaguli sanguigni in essi contenuti, e poi del resto il tessuto è cosparso di tante piccole cavità di variissime dimensioni, da quelle di un capo di spillo fino ad un pisello.

È notevole fra queste cavità una la quale è della grandezza di un cece e che trovasi là dove la massa di tessuto assottigliandosi si continua colla parete cistica. La parete interna di questa cavità è liscia e mostra un coagulo di sostanza biancastra.

Senza ulteriore analisi può ritenersi come questa massa di tes-

suto presenti nello aspetto la struttura di un ovario grandemente atrofico e con processo interstiziale avanzatissimo.

L'esame microscopico ci sembra inutile, essendo il pezzo per sè stesso chiarissimo.

Dopo ciò riunendo le osservazioni, possiamo ritenere che si tratta di una cisti a contenuto liquido, prevalentemente sieroso, con produzioni papillari allo interno, di genesi da un ovaio immensamente atrofico, il quale mostra altresì il suo parenchima cosperso di altre piccole cavità cistiche, oltre ad un grado avanzato di ovarite interstiziale cronica. A voler definire, potrebbesi fino ad un certo punto ritenere la forma di apparente neoplasia come una ovarite interstiziale, con dilatazione cistica (di cui una forma quasi tutta la massa del tumore) e con grande sviluppo di produzioni papillari fino al grado di poter dire trattarsi di un papilloma periovarico.

L'altra parte del tumore che evidentemente è una porzione della prima, come si può vedere da due superficie che scambievolmente combaciano, è più piccola, della grandezza di un piccolo pomo, formato in gran parte da tessuto solido.

Consta però di due nuclei, uno di forma allungata, ellissoidale, coperto egualmente per tutta la sua superficie delle istesse descritte produzioni papillari, meno in un punto solo, in cui notasi un infossamento che evidentemente corrisponde ad una superficie di taglio. Tra le papille notansi le stesse appendici vescicolari mixomatose.

Fatto un taglio nel senso del diametro maggiore, in modo da interessare tutta la spessezza del tessuto, anche qui mostra macroscopicamente la struttura di un ovaio, principalmente pel numero notevole di corpi lutei e di follicoli con leggiera degenerazione cistica.

Ad un estremo di questa massa ne è addossata un'altra oblunga, la quale senza dilungarci in ulteriore descrizione rappresenta due centimetri circa della porzione libera della tromba incluso il morsus: essa si mostra ingrossata e con fatti di salpingite cronica.

Anche qui come nell'altra porzione, crediamo trattarsi di ovarite e periovarite cronica a forma papillare (papilloma periovarico).

Il diario clinico fu il seguente:

Mese	Giorno	MATTINA Ora	Temper.	Polso	Respiro	SERA Ora	Temper.	Polso	Respiro	OSSERVAZIONI
Nov.	20	—	—	—	—	1 ½	37	84	24	La operata avverte forti dolori al basso ventre, per cui le si praticano due iniezioni ipodermiche di morfina di un centigramma l'una: ha conati di vomito che si calmano dietro amministrazione di neve a pezzetti: vomito alle 7 ed alle 12 pom.: atteso i dolori addominali si mette la vescica con neve a permanenza sul ventre.
		—	—	—	—	4	38	—	—	
		—	—	—	—	8	38,9	96	28	
		—	—	—	—	12	38,2	—	—	
»	21	1½	37,7	96	22	3 ½	39,1	110	24	Vomito alle 2, 3, 4 e 7; si calma con due cucchiaiate di caffè nero; sete intensa, dolenza addominale scemata, forze rianimate, si pratica una sola iniezione ipodermica di morfina. Cessa il vomito, si dà un po' di caffè nero con poco bicarbonato di soda e delle goccie di soluzione di morfina su pezzetti di neve.
		7½	37,7	—	—	7	38,5	108	22	
		12	38	108	20	12	38,5	—	—	
»	22	3	38	84	18	5	38 ½	96	19	Il vomito cessa completamente, i dolori cessano, si sospende la morfina, si amministra
		8	37,5	84	18	8	38	96	19	
		11	37	84	18	12	37½	84	18	

Mese	Giorno	MATTINA Ora	Temper.	Polso	Respiro	SERA Ora	Temper.	Polso	Respiro	OSSERVAZIONI
										il bicarbonato di soda più 9 once di latte di asina e 6 tazze di brodo, cateterismo ogni 4 ore come nei giorni antecedenti.
Nov.	23	5	37,5	84	18	1	38,5	96	19	La Sig.ª continua a migliorare, piglia sempre il brodo. L'addome si scovre e si rinviene floscio ed indolente e la ferita in via di cicatrizzazione. Dopo la medicatura, alquanto dolore al ventre ed alle cosce.
		8	37,5	84	18	6	38	96	19	
		11	37,7	84	18	12	37½	84	18	
»	24	6	37½	78	18	6	38	96	19	La miglioria continua sempre, le si concedono dei torli d'uova nel brodo, ventre floscio ed indolente, dopo un clistere con sale ed acqua, caccia grande quantità di materie fecali.
		10	37½	78	18	12	38	96	18	
»	25	6	37½	78	18	6	38½	84	19	La operata caccia ancora gran quantità di feci, il ventre è come ieri, meno bruciore in corrispondenza della ferita, dietetica come sopra.
		12	38,4	84	18	12	38	84	18	

Mese	Giorno	MATTINA Ora	Temper.	Polso	Respiro	SERA Ora	Temper.	Polso	Respiro	OSSERVAZIONI
Nov.	26	6	37 1/2	84	18	6	38 1/2	96	19	Si medica l'addome e vi si rinviene un piccolo ascesso sottocutaneo: premendo ai lati della ferita si vuota, e vien fuori un pus di buona qualità: vi si pone un piccolo drenaggio pel quale si fanno iniezioni fenicate. La operata sta bene, se togli un lieve dôlor di testa, ed un piccolo brivido che ha avuto alle 10 1/2 antimerid. della durata di pochi minuti.
		12	38 1/2	96	19	12	38	96	19	
»	27	6	37 1/2	84	18	3	39 1/2	120	19	Iersera fu medicata novellamente, uscì poco pus sempre di buona qualità; medicata nuovamente stamane, per la ferita si fa penetrare un piccolo drenaggio, il quale scende per circa un cent. di profondità poi si porta obliquamente a destra camminando parallellamente alle pareti addominali ed entra per circa 6 cent. Nelle ore ant. la operata avverte un lievissimo brivido
		12	37 1/2	84	18	6	39 1/2	120	19	
						8	38,1	120	19	
						12	38,1	108	19	

Mese	Giorno	MATTINA Ora	Temper.	Polso	Respiro	SERA Ora	Temper.	Polso	Respiro	OSSERVAZIONI
										seguito da elevazione termica. Dopo la medicatura ha dolori alla schiena, e nelle ore pom. dopo la elevazione termica non preceduta da brivido ha alquanto sudore: la sera si medica novellamente e si nota che il pus è condotto benissimo dal drenaggio, ha lieve dolore alla regione ipogastrica lato destro, le forze della inferma sono buone, dietetica come nel giorno precedente.
Nov.	28	6	38	96	19	3	39,1	120	19	La operata la notte scorsa ha avuto una scarica diarroica fetidissima: la ferita si medica sempre due volte al giorno facendo iniezioni di acqua fenicata; alla seconda medicatura sono usciti 2 o 3 grm. di pus buono da un ascessolino formatosi nella spessezza delle pareti a sinistra. Il ventre è sempre indolente ed i dolori alle cosce son sce-
		12	38½	96	19	5	39,3	120	20	
						7	39,5	120	20	
						9	38,9	108	19	
						12	39,3	120	20	

Mese	Giorno	MATTINA Ora	Temper.	Polso	Respiro	SERA Ora	Temper.	Polso	Respiro	OSSERVAZIONI
										mati. Atteso la esistenza della febbre e della diarrea si prescrivono tre cartine di chinino ed oppio, e pei dolori dell'idroclorato di morfina. Detti medicamenti si amministrano nell'ora della remissione. Si pescrivono per domani 30 gr. di olio di mandorle dolci.
Nov.	29	5	39	120	20	3	39,6	120	20	La Signora avverte intensi dolori al lato sinistro della ferita, ove con la palpazione si nota una durezza circoscritta, la quale è sita proprio nella spessezza delle pareti addominali. Il ventre è assolutamente indolente anche sotto una forte pressione. I dolori alle cosce completamente cessati. Dietro l'amministrazione dell'olio si è avuto una scarica alvina di materiale in parte solido, in parte liquido, ma molto fetido. Sul sito della durezza si prescrivono le applicazioni topiche di
		8	38,7	120	19	6	39,6	120	20	
		9	38,5	108	18	8	39	120	20	
		11	39,1	120	19	10	38,7	108	19	
		12	39,5	120	19	12	39,5	120	20	

Mese	Giorno	MATTINA Ora	Temper.	Polso	Respiro	SERA Ora	Temper.	Polso	Respiro	OSSERVAZIONI
										cataplasmi tiepidi di linseme. Si medica sempre due volte al giorno e stamattina si son levati altri due punti superficiali ed uno profondo; dal drenaggio cola poco pus, buono però di qualità.
Nov.	30	6	39	120	20	1	38,7	108	20	Nella scorsa notte la Signora ha avute 4 scariche ventrali simili all'altra di ieri. La emissione delle urine è perfetta e le urine normali, meno che nell'atto del mingere sente uno stimolo locale. Nella medicatura s'introduce lo specillo trasversalmente a sinistra e si rinviene un tragitto fistoloso lungo circa 8 cent. ed in esso s'introduce un altro drenaggio. Si levano gli altri punti profondi residuali al numero di due. Profondamente la ferita addominale è completamente aderita, superficialmente è alquanto ulcerata. Nelle ore in cui la febbre è
		9	38 1/2	108	19	3	39	120	20	
		11	38,6	108	19	5	39,8	120	20	
		12	39	120	20	7	39	120	20	
						12	39	120	20	

Mese	Giorno	MATTINA Ora	Temper.	Polso	Respiro	SERA Ora	Temper.	Polso	Respiro	OSSERVAZIONI
										stata meno intensa ha preso 2 cartine di chinino ed ha fatte due iniezioni ipodermiche dello stesso chinino.
Dic.	1	1	39	120	20	2	38,6	108	19	La Sig. continua nel suo benessere, si medica sempre due volte al giorno; negli scollamenti notati si passano due drenaggi più grossi facendo delle controaperture. Per dar corso più agevole alla marcia si fa giacere l'operata sul lato destro. Il ventre è sempre floscio, timpanico ed indolente, meno in vicinanza della ferita. Nelle ore serotine si avverte gran quantità di sibili e ronchi massime agli apici dei pulmoni.
		6	38,5	120	20	5	38,7	108	19	
		8	37,8	108	19	9	39,5	120	20	
		10	38	108	19	12	39	120	20	
		12	39,1	120	20					
»	2	1	39,5	120	20	3	39	108	19	La operata ha avuto altre due scariche: dai drenaggi vien poco pus; la superficie della ferita è ricoverta da lieve strato di tessuto lardaceo; sul ventre si nota un eritema in-
		6	38,5	108	19	5	39	108	19	
		8	38,5	108	19	7	39	108	19	
		10	38,8	108	19	9	39,4	108	19	
		12	38 1/2	108	19	12	38	108	19	

Mese	Giorno	MATTINA Ora	Temper.	Polso	Respiro	SERA Ora	Temper.	Polso	Temper.	OSSERVAZIONI
										tenso. Nelle ore mattutine piglia un gramma di bisolfato di chinina per via ipodermica, ed ogni ora una cartina di 20 centigr. e per tre volte. La lingua è umida, ma mostra una lieve ulcerazione, la quale dà molto dolore, per ciò si fan fare collutorii con clorato di potassa.
Dic.	3	2	38,1	96	18	2	38,9	108	19	La Signora defeca ed urina bene, si seguita il medesimo trattamento curativo. Si sopprime totalmente la medicatura alla Lister, si mozzano i drenaggi rimanendone dei pezzi solo nei fori esterni dei tragitti, la ferita si medica con glicerina. Nelle ore pomeridiane la operata ha come un deliquio e desiderio di eruttare, nelle ore della sera profuso sudore.
		5	38	96	18	4	38	96	18	
		7	38	96	18	7	38,1	96	18	
		9	38,9	108	19	11	38	96	18	
		12	38,7	108	19					
»	4	2	37½	84	18	4	37,5	96	18	Continua il benessere, le cose procedono regolarmente, la dietetica si aumenta di
		6	37	84	18	6	38	96	19	
		8	37	84	18	9	38,1	96	19	
		10	37	84	18	12	38,5	108	19	

Mese	Giorno	MATTINA Ora	Temper.	Polso	Respiro	SERA Ora	Temper.	Polso	Respiro	OSSERVAZIONI
										circa un'oncia di carne pesta; si medica sempre due volte al giorno, e sempre piglia due grammi al giorno di chinino.
Dic.	5	4	37	84	18	1	37	84	18	Le cose procedono regolarmente, solo nelle ore pom. la operata è presa da dolore all'inguine destro, dolore che si diffonde ai lombi, e che diminuisce sotto la pressione; dura sino alle 8, ed in questo tempo si eleva la temperatura.
		9	37	84	18	7	38,8	120	19	
		12	37½	84	18	11	38,7	120	19	
»	6	1	37½	84	18	4	38	96	18	Si medica come al solito tre volte al giorno. Si mostra novellamente il dolore ai lombi come l'ultima volta, il quale si calma dietro l'applicazione di cataplasmi caldi e dietro l'amministrazione di 3 centigr. di morfina; la operata ha voglia di orinare ma nell' atto del mingere resta la voglia senza effettuarsi, nelle urine si notano arenelle uriche.
		5	37	84	18	5	37	84	18	
		7½	37	84	18	7	37	84	18	
		10	37,7	84	18	12	37	84	18	

		MATTINA				SERA				
Mese	Giorno	Ora	Temper.	Polso	Respiro	Ora	Temper.	Polso	Respiro	OSSERVAZIONI
Dic.	7	7	37	84	18	5	37	84	18	La Signora è andata
		9	37	84	18	9	37	84	18	sempre migliorando, si
		12	37	84	18	12	37	84	18	è aumentato giornal-
										mente la dietetica, si
»	8	7	37	84	18	7	37	84	18	son continuati i cata-
		12	37	84	18	12	37	84	18	plasmi, la ferita è ci-
										catrizzata. La operata
»	9	7	37	84	18	7	37	84	18	si leva di letto per po-
		12	37	84	18	12	37	84	18	che ore in ogni gior-
										no, e quotidianamente
»	10	7	37	84	18	6	37	84	18	aumenta la sua stazio-
		12	37	84	18	12	37	84	18	ne in piedi.

Il giorno 11 del detto mese la Signora parte pel suo paese completamente guarita.

Come si può vedere dal diario clinico, la Signora P. è andata via completamente guarita, non solo del suo tumore ovarico, ma non ha avuto in tutto il tempo di sua permanenza in Napoli neppur l'ombra della riproduzione di alcuna sorta di liquido nello interno del suo ventre. Attualmente la Signora scrive di continuo al Prof. Morisani, rassicurandolo che la sua salute è floridissima, che non soffre più ombra di dolore, nè il suo addome è di alcun poco tumefatto in paragone del volume che aveva quando andò via da Napoli.

Due considerazioni vogliamo fare a proposito della storia narrata, che ci paiono di una certa importanza:

1.ª Meno la rapidità della collezione del liquido nello addome dopo i dolori sofferti dalla inferma, non si aveva altro criterio, per ammettere una idrope saccata in complicazione con la cisti ovarica. Non si attribuiva molta importanza alla brevità del tempo, nel quale la inferma diceva aver veduto crescere il ventre. Questa relazione inesatta del decorso della malattia viene spesso ripetuta dalle ammalate, le quali non si accorgono per lo più dello aumentato volume, che molto tardi, e quando la loro attenzione vien destata da sofferenze in quelle sedi o da considerevole in-

grandimento del ventre. Una cisti può esistere e passare inosservata molto tempo prima dell' epoca in cui si consulta il medico. E qui doveva esser così, e la cisti che occupava tutto il lato sinistro dell'addome, doveva esistere da tempo lungo, e se i dolori non fossero sopraggiunti, e lo aumento del ventre per l' ascite non si fosse aggiunto a quello che preesisteva, assai probabilmente sarebbero ancora trascorse parecchie settimane o mesi senza che la Signora si fosse avveduta del suo stato.

Nel tempo poi della prima osservazione, la forma regolare del tumore addominale, la uniforme e larga ondulazione, rendevano impossibile la diagnosi della complicazione ascitica. E aggiungasi, che i dolori dei fianchi e dei lombi calmati con cataplasmi caldo-umidi con la morfina e con gli alcalini, e seguiti da espulsione di arenelle nelle urine, rendevano molto probabile la provenienza nefritica. Non è quindi a meravigliare, se la complicazione ascitica non fu riconosciuta.

2.ª L' esito della operazione ha una doppia importanza: non solo si è ottenuta la guarigione della donna consecutivamente alla operazione della laparotomia, per l' estirpazione del tumore ovarico, ma si è ottennta ancora la guarigione dell' ascite, in quanto che la raccolta non si è più rinnovata, come si aveva ogni ragione di temere.

Ed era tanto legittimo il timore, per quanto poco chiara è l'interpretazione che può darsi di questo favorevole risultato. Come spiegarlo infatti? Noi crediamo che varii sieno i fattori che abbiano potuto conferire a realizzarlo: da prima lo stimolo tolto, rappresentato dal tumore, e che forse fu il momento etiologico della produzione ascitica; le modificazioni circolatorie avvenute per l' ablazione del tumore, capaci di mutar le condizioni nutritive e quindi formative della sierosa; infine le artificiali irritazioni prodotte sulla sierosa pel naturale trattamento che subisce durante simili operazioni.

II.

Isterotomia per mio-fibroma uterino - Morte.

Maria Michela Parte, di anni 40, da Napoli, di condizione parrucchiera, maritata, è figlia di genitori i quali han sempre go-

duto buona salute e sono morti di morbi comuni. Essa stessa è stata sempre bene fino al decorso anno, quando cominciarono le sue attuali sofferenze.

La mestruazione dall'età di anni 14 fino all'epoca suddetta non presentò mai alcuna anomalia.

Fu due volte incinta ed operata a termine di gravidanza di craniotomia con consecutiva applicazione di forcipe per vizio pelvico (appiattimento antero-posteriore). Nel suo secondo parto l'operatore Prof. Ranieri constatò verso il lato destro del bacino la esistenza di un tumoretto della grandezza di una piccola noce e ne rese avvisata la paziente, ma essa non se ne diè alcun pensiero, poichè non le recava alcun incomodo, fino allo scorso anno, epoca in cui cominciò a soffrire.

Da allora il ventre è lentamente aumentato di volume, più verso il lato destro che verso il sinistro. Lo aumento del volume si è associato a sensazioni dolorose più o meno intense localizzate nel ventre e che ingagliardivano allo avvicinarsi dell' epoca mestruale.

La mestruazione subì delle irregolarità tanto per il tempo della sua comparsa quanto per la sua durata e per la sua quantità. Di fatti i periodi intermestruali si resero più brevi, si protrasse invece quello della perdita e questa prese le proporzioni di una menorragia. Talvolta ai dolori si associò una febbre della durata di 2 a 4 giorni che accedeva con brivido piuttosto intenso e prolungato e scadeva con sudore mattutino. La donna soffrì pure dispepsia, forte stitichezza, ed una difficoltà nel mingere e nel camminare.

La Parte è una donna di sviluppo scheletrico mediocre, con nutrizione alquanto scaduta, le mucose apparenti anemiche ed il colorito della pelle bianco pallido. Essa mostra tutti i caratteri del rachitismo; testa molto voluminosa e sproporzionata al resto del corpo, mascella inferiore sporgente e grandemente sviluppata, denti in buona parte cariati ed in parte mancanti. La colonna vertebrale non mostra alcuna curva anormale, se si toglie una lordosi lombare molto pronunziata. Invece si notano esagerate alquanto le curve delle ossa degli avambracci e delle gambe; le articolazioni delle ginocchia sono molto grosse e mostrano anche un grado non lieve di valghismo.

Il ventre della Parte è voluminoso e rigonfiato come in donna a termine quasi di gestazione. Ha forma sferoidale, la cicatrice

ombelicale è piuttosto infossata e mostra al disotto della cute un lievissimo marezzamento venoso.

Misurato il ventre ha dati i seguenti risultati:

Linea pube-xifoidea	Cent.	34
» trasversa addominale . . .	»	34
Circonferenza all'ombelico	»	92
» 3 dita al di sopra . .	»	85
» » » sotto . .	»	89
Distanza dall'ombelico alla spina iliaca anterior superiore del lato destro	»	16
Simile distanza a sinistra	»	16

Colla palpazione si nota che il ventre è quasi tutto riempito da un tumore il quale arriva fin sotto all'arco costale del lato destro, mentre al lato sinistro si arresta circa due dita trasverse, al di sotto dello stesso arco costale in direzione della mammillare prolungata.

La superficie del tumore è liscia ed equabile, ed in due punti della sua estensione mostra dei solchi, quasi da far credere trattarsi di tre tumori tra loro riuniti.

La consistenza del tumore è duro-elastica, nè per quanto si sia cercato si son rinvenuti punti di fluttuazione o di rammollimento. Le pareti addominali sono perfettamente scorrevoli sul tumore che si può agevolmente spostare in tutti i sensi e mostra gran libertà di movimenti nell'interno del ventre. Esso si continua in basso nella escavazione del bacino facendo corpo coll'utero.

Colla percussione si ha la conferma della estensione del tumore, imperocchè la massima ottusità si trova al lato destro e si estende dalla cresta iliaca fin quasi ad un dito trasverso al di sotto dell'arco costale. La ottusità si estende per circa 30 centimetri al di sopra della sinfisi pubica, ed al lato sinistro in corrispondenza della linea mammillare prolungata, si arresta a circa due dita al di sotto dell'arco costale: tutto il rimanente del lato sinistro dà risuonanza timpanica perchè occupato dalle anse intestinali ricacciate in quel punto dal tumore.

In basso la ottusità si confonde con la ottusità del piccolo bacino.

L'esame dalla via dei fornici vaginali, fa notare che essi son riempiti da un tumore avente i medesimi caratteri notati dalla

via del ventre, poco mobile e spostabile in alto; il collo dell'utero è ricacciato in avanti verso la sinfisi pubica.

Esplorata con la sonda la cavità uterina, la si rinviene pressochè della lunghezza normale poichè l'istrumento non penetra più di 7 centimetri.

Come sintomi subbiettivi si nota che i dolori sono localizzati al lato destro, sono continui e si aumentano sotto la pressione.

È degno di nota pure che la stitichezza ventrale è ancora più ostinata, e la difficoltà nel mingere sempre più persistente, tanto che alquanti giorni or sono, stentò diverse ore per emettere un po' d'urina.

Diagnosi. — Dalla lentezza nello sviluppo del tumore, dai disturbi della mestruazione, della minzione e della defecazione, dal criterio della sede del tumore, e dai segni forniti dal riscontro, cioè continuità del tumore col corpo dell'utero, il Prof. Morisani giudicò trattarsi di mio-fibromi multipli del corpo dell'utero, probabilmente della parete anteriore, liberi di aderenza con gli organi e con le pareti addominali e con gli organi e pareti pelviche e credette indicata la isterectomia.

Decisa la operazione ed avutone il consenso della donna, questa venne praticata il giorno 4 settembre, in una stanza ben aereata con molta luce e non molto ampia, e con le più scrupolose regole della antisepsi listeriana.

Assistevano alla operazione i Professori Frusci, Ranieri e Raffaele Ed., ed i Dottori Postiglione N. e Postiglione P. Vivenzio e Ruocco.

Fu procurata l'anestesia col cloroformio.

Si praticò un'incisione che da circa due centimetri al di sotto della cicatrice ombelicale si estendeva per circa 12 a 13 cent. di lunghezza lungo la linea alba e terminava 2 o 3 centimetri al di sopra della sinfisi pubica e dopo la più scrupolosa emostasia si procedette all'incisione del peritoneo.

Piazzati allora due assistenti perchè non permettessero la procidenza delle anse intestinali, con forti pinzette di Museux afferrato il tumore, si cominciarono i tentativi di estrazione, ma non ostante che si fossero eseguiti sforzi sufficientemente energici non fu possibile ottenerne la fuoruscita; fu necessità allungare ancor di più la ferita delle pareti addominali, e lo si fece tanto superiormente da arrivare fino ad un centimetro al di sotto dell'ombelico ed inferiormente fin quasi sopra il pube.

Ritentata la prova, piazzando le pinzette l'una dopo dell'altra a misura che altra porzione del tumore si mostrava allo esterno, e coadiuvato in questa manovra dal Prof. Frusci, si riuscì ad enuclearlo dalla cavità del ventre e portarlo allo esterno in tutta la sua integrità. In questo momento soltanto si notò una lasca aderenza della faccia posteriore del tumore con un'ansa del tenue intestino, la quale legata con catgut fu recisa ed abbandonata nel ventre.

La base del tumore era piuttosto estesa, per cui in corrispondenza del collo furono passati mercè un ago due lacci, i quali segmentando in due porzioni la porzione sopra-vaginale del collo dell'utero, e stretti convenientemente permisero la recisione del tumore a circa un centimetro al di sopra delle ligature; i ligamenti larghi erano stati antecedentemente legati separatamente.

Non ostante tutte le più scrupolose cure adoperate perchè la donna perdesse il meno sangue possibile, pure per la immensa vascolarità del tumore, s'ebbe una lieve emorragia la quale però fu sollecitamente arrestata.

Tolto di mezzo il tumore e fatte altre ligature secondarie, ed assicurati che sangue non ne veniva da alcun punto, si passò alla ripulitura del peritoneo, con spugne nuove e ben fenicate.

Abbandonato il picciuolo nello interno dell'addome si passò alla sutura delle pareti addominali, con sette punti di sutura staccata profondi ed altrettanti superficiali.

Medicata la ferita con medicatura alla Lister, fu passata nell'altro letto a bella posta allestito per tutto il tempo della cura.

La operazione cominciata alle 12 1/4 era già completata all'1 1/2.

Dopo l'operata rimase alquanto abbattuta sia per l'azione del cloroformio, sia pel sangue perduto essendo di già anemica; le si prescrissero delle acque aromatiche che valsero a sollevare grandemente le forze.

Il diario di questo caso si può compendiare così:

		MATTINA				SERA				
Mese	Giorno	Ora	Temper.	Polso	Respiro	Ora	Temper.	Polso	Respiro	OSSERVAZIONI
Sett.	4					9	37,7	84	18	La donna poco per
						12	38	96	19	volta ripiglia le sue forze; ha dei conati di

Mese	Giorno	MATTINA Ora	Temper.	Polso	Respiro	SERA Ora	Temper.	Polso	Respiro	OSSERVAZIONI
										vomito, per cui le si amministra internamente dei pezzetti di neve ed acque aromatiche.
Sett.	5	5	38,8	96	19	5	38	84	18	Si nota un leggiero risentimento peritoneale circoscritto: si applica la neve a permanenza sull' addome, e mediante questo rimedio, la sera dello stesso giorno, si nota grandemente diminuito il dolore; le forze son riacquistate completamente.
		12	38,4	96	18	12	38	84	18	
»	6	5	37,5	84	18	5	37,5	84	18	Si sopprime la vescica di neve, la donna migliora sempre, le si concedono 8 once di latte.
		12	37	84	18	12	38	96	18	
»	7	5	37	84	18	5	37,5	84	18	La donna ha sintomi di sensibile miglioramento, ha appetito e chiede di mangiare, le si amministra il latte nella quantità di once sedici. Si ha la evacuazione di feci conformate.
		12	37,5	84	18	12	37,5	84	18	

		MATTINA				SERA				
Mese	Giorno	Ora	Temper.	Polso	Respiro	Ora	Temper.	Polso	Respiro	OSSERVAZIONI
Sett.	8	5	37	84	18	5	37	84	18	La miglioria continua sempre, si amministra del brodo con entrovi della semolina.
		12	37	84	18	12	37,5	84	18	
»	9	5	37	84	18	5	37	84	18	La donna migliora sempre; come in tutti gli altri giorni precedenti ha appetito, mangia con gusto, dorme tranquillamente e deposita regolarmente le feci.
		12	37	84	18	12	37,5	84	18	
»	10	5	37	84	18	2	39 1/2	144	22	La mattina di questo giorno, mentre si era sicuri di dover ri-
		8	41	120	20					
		12	40 1/2	144	21					

muovere la medicatura e togliere almeno porzione dei punti di sutura, poichè si vedeva che la donna correva verso la guarigione, avveniva che alle 6 e mezza antim., dopo d'aver preso del brodo, pregò il marito che le praticasse un clistere di cui sentiva bisogno. Il marito volentieri vi si prestò, ma nello entrare della cannula nel retto intestino, istantaneamente la donna fu presa da intensissimo dolore in corrispondenza della regione dei pubi, e cadde in profondo coma. Poco dopo la temperatura si elevò grandemente, i polsi si resero frequentissimi, si ebbe perdita completa della coscienza ed abolizione di tutte le facoltà sensoriali, respiro stertoroso ecc. ecc.; alle ore 3 circa pom. la donna muore miseramente emettendo gran quantità di sudore freddo, non essendo valsi tutti gli eccitanti possibili a riaverla.

Il tumore estratto dalla cavità addominale aveva la forma sferoidale, solo l'estremo superiore era alquanto più slargato dello inferiore. Era voluminosissimo da potersi paragonare pel suo volume ad una grossa zucca: al peso si ebbero grammi 5000.

La superficie di detto tumore mostrasi come se fosse costituita

da tre tumori intimamente uniti tra loro, mostrando tre rilievi ovoidali e due infossamenti o solchi, diretti un po' obliquamente, ma secondo l'asse maggiore del tumore stesso: sono queste le modalità della superficie anteriore che furono notate anche all'esame fatto dalla via dello addome.

Tutto il tumore è liscio, perfettamente levigato, ricoverto in tutti i punti da una membrana, sottile, lucida alla superficie che lascia trasparire una immensa vascolarità del tumore stesso, ed il tessuto da cui è costituito, senza descrizione possiam dire essere tessuto muscolare uterino.

Verso il segmento inferiore e posteriore, spostato anche verso il lato di destra abbiam notato il corpo dell'utero immensamente allungato, assottigliato ed accollato alla faccia posteriore stessa del tumore, in guisa che a colpo d'occhio si notava che tutta quella immensa mole di tumore erasi svolta nella parete anteriore del corpo dell'utero.

Portando l'esame sul punto dove era caduta la sezione della massa del tumore, dal picciuolo formato in corrispondenza di quel sito ove esiste il corpo dell'utero così modificato, abbiamo rinvenuto un forame beante che ci ha fatto subito riconoscere essere esso in comunicazione con la cavità del corpo uterino stesso. Introdotta per quel forame la sonda uterina, questa è penetrata liberamente e facilmente per soli tre centimetri, e poi evidentemente si è arrestata contro la parete posteriore del corpo uterino, nè seguendo la medesima direzione sarebbe stato possibile farla progredire di più, sarebbe stato molto più agevole sfondare la parete che faceva ostacolo, anzichè andar oltre: se non che portando il manico dello strumento fortemente verso la faccia posteriore del tumore stesso, in guisa che il bottone della sonda potesse strisciare contro la parete anteriore di detta cavità, lo istrumento è penetrato ancora, ed evidentemente ha segnato in tutta la sua integrità la misura di tutta la lunghezza della cavità uterina in ctm. 16 circa.

Facendo un taglio del tumore, in guisa da interessarlo in tutta la sua spessezza e nel senso del suo diametro maggiore, si è potuto notare che il coltello in taluni punti ha dovuto tagliar masse più resistenti del rimanente della massa stessa; ed alla superficie del taglio abbiam potuto vedere la sezione di gran numero di grossi vasi, in guisa da somigliare in certo modo alle lacune vascolari che si osservano nell'utero gestante.

Tutta la gran massa mio-fibromatosa è evoluta nella spessezza della sola parete anteriore del corpo dell'utero, parete che fa tutte le spese del tumore.

La parete posteriore e tutto il rimanente del corpo uterino stesso, a meno una fortissima distensione ed un certo assottigliamento anche dalle proporzioni normali, non mostrano alterazione di sorta, se non che la parete posteriore a cominciar dal punto dove è caduta la sezione del picciuolo, a 3 ctm. circa in sopra, mostra un fortissimo accollamento sulla parete anteriore, in guisa che mentre la cavità uterina in tutto il rimanente si nota di una certa ampiezza, in quel punto trovasi completamente annullata. È notevolissimo ancora che il collo uterino, o per meglio dire la porzione rimasta trovasi in uno stato di fortissima antiflessione, il cui angolo trovasi in corrispondenza dell'orifizio interno del collo dell'utero stesso. Vizii di flessione sia in avanti che indietro, i quali non sono rari affatto quando i tumori si sviluppano o nella parete anteriore solamente, ovvero in ambedue con grandissima prevalenza però di quelli di una.

L'antiflessione dell'utero spiega il perchè la sonda fu arrestata sicchè quando si praticò la esplorazione della cavità uterina, questa si rinvenne della lunghezza normale.

La sonda quando penetrò pel collo dell'utero percorse tutta la cavità cervicale e fu arrestata dalla parete posteriore dell'utero giusto nel punto in cui il ginocchio prodotto dalla flessione non permise l'ulteriore progressione dello strumento. Nè si poteva con manovre dolci e pazienti cercare di raddrizzare l'angolo, poichè il tumore era così premuto contro il distretto superiore del bacino, che anche sospettato il vizio di flessione, avremmo creduta imprudente la manovra, riuscendo forse più facile perforare la parete che faceva ostacolo, anzichè correggere un vizio tanto esagerato.

In un altro caso di un identico tumore uterino, operato pure dal Prof. Morisani, e di cui la donna guarì, si riscontrarono i medesimi fatti: la cavità uterina fu rinvenuta pressochè normale e dopo la estrazione del tumore si trovò similmente una esagerata flessione che aveva con lo stesso meccanismo impedita la progressione della sonda.

Adunque il rinvenire di poco, o nulla aumentata, la cavità uterina, non deve servire da criterio negativo nella diagnosi di tumori di simile natura quando tutti gli altri sintomi non lasciano alcun dubbio.

Nè solo le antiflessioni possono arrestare la sonda nella esplorazione della cavità, ma ancora i tumori cavitarii dell' utero i quali otturano completamente o quasi la cavità uterina stessa. In quest'ultimo caso però talvolta girando la sonda in varie direzioni, si riesce ordinariamente a passare lo strumento tra la parte libera del tumore e la parte uterina, percorrere tutta la lunghezza della cavità dell' utero ed avere così la misura esatta e reale della stessa cavità.

Dopo tutto ciò ci sia lecito ora di fare a noi stessi le due seguenti interrogazioni, a cui ci proponiamo di rispondere molto brevemente, cioè:

1.° Quale fu la causa della morte della operata?

2.° Si doveva o meno attuare il metodo intraperitoneale o per picciuolo perduto?

1.° Come rendersi ragione di una morte così inaspettata ed improvvisa?

Le condizioni locali e generali della operata, il grado della elevazione termica, l'assenza completa di un fenomeno qualunque che avesse potuto far sospettare una condizione settica o flogistica, lasciarono nell'animo di tutti un dubbio che nessuna ipotesi seria valeva a confortare. Esclusa la setticoemia, esclusa la peritonite quali ipotesi non giustificate da alcuno dei fenomeni proprii di questa affezione, si ricorse all' idea di una emorragia interna; ma a prescindere che l'emostasia praticata era una garanzia sicura contro tale accidente, a prescindere dal tempo in cui tali emorragie si verificano, essendo ordinariamente più tardive il distacco delle escare, cui sogliono tener dietro, essa veniva esclusa dalla risuonanza timpanica di tutto l' addome e dal protrarsi della agonia per circa otto ore, e quando la forma clinica poteva fare ammettere solo una emorragia gravissima che suole riuscire immediatamente fatale.

Non potendo procedere alla autopsia e non confortati da nessuna ipotesi soddisfacente, si rinunziò a stabilire una causa della morte della donna che avesse potuto essere accettata come possibile e probabile. Quella morte adunque pel modo strano, rapido ed improvviso come era avvenuto, rimase per noi un mistero!

Una ipotesi sola si presentò capace di essere accettata, perchè desunta dai fatti che precedettero la morte della operata, ed avvalorati dalla esperienza di due casi pressochè identici.

È assai probabile che la morte sia stata causata dalla perforazione del retto intestino, determinata dalla cannula del clistere applicata con rozzezza ed imperizia sopra tessuti probabilmente affetti da una infiammazione asettica per diffusione di processo dal picciuolo infiammato.

E tale ipotesi fu suggerita dai professori Chiara e Negri perchè spettatori entrambi di due casi nei quali la morte avvenne quasi in simili condizioni, e nei quali alla autopsia potette verificarsi e constatarsi la perforazione del retto intestino.

Fu questa davvero la causa della morte della operata? tutto autorizza a crederlo; del resto *beatus ille qui potest rerum cognoscere causas!!!*

2.º Si doveva o meno eseguire il metodo intraperitoneale o per picciuolo perduto?

Qualcuno potrebbe farsi, visto l'esito letale della operazione, a rimproverare che si sia seguito il metodo intraperitoneale o per picciuolo perduto.

Noi sappiamo bene che se nelle ovariotomie il metodo intraperitoneale è quello oggi comunemente usato e che vanta i maggiori successi, nelle laparo-isterotomie semplici o cesaree, viene ancora preferito l'estra-peritoneale, e ciò tanto in virtù delle considerazioni teoriche che dei risultati pratici. Ed in vero il pericolo di una emorragia consecutiva, il timore di lasciare il moncone necrotico nella cavità dello addome e la diversità dei peduncoli fanno preferire il metodo extra-peritoneale.

Le condizioni infatti dei peduncoli sono assai diverse: *in quello della ovariotomia predominano le parti sierose, scarso è il tessuto cellulare, i vasi sono relativamente piccoli ed esso è di piccolo volume, e quindi facili in esso sono le aderenze con le sierose circostanti, limitato il processo necrotico; quello della isterotomia è più grosso, è fatto di tessuto uterino, ed il suo estremo dovendo cadere in mortificazione può dar facilmente luogo a putride decomposizioni.*

Però se questa è la regola, ad ogni regola vi sono delle eccezioni, e queste vengono autorizzate da alcune e peculiari condizioni che possono consigliarne la pratica. Nel caso in esame il picciuolo che risultò era molto corto e completamente anemico, e tanto corto che di fronte alle difficoltà e gli inconvenienti di portarlo e fissarlo in contatto colla ferita addominale, si preferì infossarlo e lasciarlo nella cavità addominale, contando sulla scru-

polosa antisepsi praticata per scongiurare tutti i pericoli di una possibile setticoemia.

Uno dei più grandi risultati del metodo antisettico è stato certamente quello di semplificare le legature ed il trattamento del peduncolo, e noi crediamo che col tempo il metodo intra-peritoneale diverrà il metodo di elezione anche nelle isterectomie.

Già in qualche caso di isterotomia cesarea (Veit) si è ottenuta la guarigione seguendo il metodo-intraperitoneale: la eccezione di oggi adunque per la maggiore perfezione dei mezzi ed una più estesa esperienza, potrà esser la regola dello avvenire.

Una recente memoria del Prof. Peruzzi, in cui parla di una isterotomia totale per tumore fibromatoso dell'utero, ci fa apprendere che fu parimenti seguito il metodo intra-peritoneale o per picciuolo perduto.

Ed a mancar tutto basterebbe citar solo un brano della relazione fatta a S. E. il Ministro della Pubblica Istruzione dal Dottor V. Maggioli sullo stato e progresso degli studii di Ostetricia e Ginecologia all'estero: egli parlando del Congresso nazionale dei Medici e Naturalisti tedeschi in Salsburgo dice che: « Il Pro-
» fessor Schröder richiamò l'attenzione dei suoi colleghi sul trat-
» tamento del peduncolo nelle laparotomie per miomi dell'utero,
» e propose e difese il metodo delle ligature perdute nella
» istessa maniera che praticasi ora per le cisti ovariche. »

Crediamo poi poco fondato il timore espresso dal nostro maestro il chiarissimo Prof. D'Antona (*Giornale Internazionale*) sugli effetti *necessarii* e *fatali* della secrezione uterina capitata nel cavo peritoneale.

Con tutto il rispetto che gli professiamo ci permetta di osservare che tali effetti non potrebbero essere che quelli di una infezione spontanea, dovuta cioè alla decomposizione dei prodotti accennati e non da materia infeziosa venuta dallo esterno. Or se tutti coloro che vogliono eliminato il drenaggio, riposano fiduciosi sul fatto che i liquidi vengono prontamente assorbiti ove non siano alterati da agenti settici, tanto maggiormente si può esser fiduciosi dello assorbimento di sostanze puramente di natura fisiologiche (secrezione uterina), *dato pure* che questa possa continuare, e continuando versarsi liberamente dopo i processi cicatriziali del moncone.

E questo criterio trova un validissimo appoggio nella incontrastabile autorità del Prof. Spencer Wells, da alcuno giustamente chiamato il Principe degli ovariotomisti.

Egli così si espresse nell'ultimo Congresso medico internazionale di Londra: « Depuis que l'on a adopté des mesures antisep- » tiques, on bien il ne se fait pas d'epanchemant, ou s'il s'en fait » un, le liquide ne devient pas putride, et se resorbe sans aucune » suffrance et sans amener d'elevation de temperature. »

Se la operata di cui parliamo è morta, come abbiamo innanzi detto, certo non è stata cagionata da un processo settico, il solo che avrebbe potuto lasciar nell'animo il dubbio sulla bontà della pratica prescelta, val dire trattamento del peduncolo col metodo intraperitoneale.

III.

Isteroectomia per fibroma uterino. - Guarigione.

Carmela D'Agostino di anni 35, da Caserta, è una donna di sviluppo scheletrico regolare con nutrizione non molto scaduta: il colorito della pelle e quello delle mucose è bianco-roseo, e di un roseo anemico.

I suoi genitori, tuttora viventi, godono buona salute, ha fratelli e sorelle perfettamente sani. Prima dell'attuale infermità non ricorda d'aver sofferto malattia di sorta.

Fu mestruata la prima volta all'età di 15 anni, e le purghe mensuali furono sempre regolari nella loro comparsa; il sangue in quantità normale non arrecò mai alcun disturbo.

Fa datare il cominciamento dell' attuale infermità dal mese di aprile 1880, epoca in cui, senza causa alcuna, avvertì un forte dolore al lato destro dell'addome, massime in corrispondenza della fossa iliaca dello stesso lato. È da questo momento che il suo ventre, come assicura, è andato gradatamente aumentando di volume fino alle attuali proporzioni, anzi afferma che tre mesi or sono il ventre le sembrò più tumefatto di quello che attualmente non fosse.

Nel medesimo tempo notava che il suo arto sinistro era edematoso, e questo edema scomparve dietro un'abbondantissima emissione d'urina e corrisponde appunto a quest'epoca la diminuzione di volume del ventre che essa notava circa tre mesi or sono.

Verso la stessa data cominciarono ad avverarsi delle perdite di sangue nei periodi intermestruali, ripetendosi circa ogni dieci

giorni, e la quantità del sangue è andata sempre aumentando fino a pigliar certe volte proporzioni di una vera metrorragia.

La donna non ha mai avuto febbre, ha notato però senso di peso nel basso ventre e come se si esercitasse una certa compressione nell' interno del bacino; ha avuto frequente tenesmo vescicale e rettale da cagionarle fortissimi dolori tanto nell' urinare che nella emissione delle feci, ed a ciò si aggiunga una stitichezza molto pronunziata.

Attualmente si notano le seguenti cose:

Tutti gli apparecchi sono perfettamente sani, per cui noi ci limitiamo all' esame dell' apparato genitale che pare quello ove l'attuale affezione siasi limitata.

Ventre tumefatto come in donna al 7º od 8º mese di gravidanza; la forma dello stesso è irregolare, mostrandosi più prominente a destra, meno a sinistra, e la voluminosa massa addominale è divisa da un solco, come se il ventre fosse riempito da due tumori ravvicinati.

La cute dell'addome è di colorito normale e non vi si notano che pochissime e piccole strie ecchimotiche, conseguenza di antiche smagliature, più un lieve marezzamento venoso sottocutaneo.

Colla palpazione noi ci confermiamo di ciò che avevamo sospettato, val quanto dire che la massa la quale riempie quasi la cavità del ventre è fatta da due produzioni riunite insieme, e nel punto di riunione corrisponde il solco che abbiamo anche notato con la ispezione. La porzione che corrisponde verso il lato sinistro dell'addome ha la medesima forma di un utero fortemente ipertrofizzato e presenta anche a sinistra un corpo piuttosto piccolo, della grandezza di una piccola noce, di forma sferoidale, mobile in tutti i versi ed anco estesamente, dolente sotto le manovre della palpazione e che si suppose fosse l'ovario di sinistra.

Il tumore di destra poi è molto più voluminoso, di forma ovoidale, ed occupa tutto il fianco destro, dalla fossa iliaca fin sotto l'arco costale.

La consistenza di detti tumori è piuttosto dura, fibrosa, meno consistente quello di sinistra; la superficie degli stessi oltre al solco di cui abbiamo accennato, non offre altro di rilevante ed è perfettamente liscia e levigata. I comuni integumenti e tutte le pareti addominali, sono liberamente scorrevoli sul tumore, ed il tumore stesso, sebbene non estesamente, è mobile dall' un lato

all'altro, ma completamente immobile dal basso in alto, e si continua nella escavazione del bacino.

Colla percussione si sono avuti i seguenti risultati: vuota completamente in tutto il lato destro dell' addome dalla fossa iliaca fin sotto l'arco costale, lato che noi innanzi abbiamo detto essere occupato dalla porzione più voluminosa del tumore: piena in tutto il lato sinistro, poi solo verso la fossa iliaca il suono timpanico non è così chiaro , come nella porzione superiore.

Praticando la percussione sulla faccia anteriore dell' addome si nota che in corrispondenza della linea alba la ottusità si arresta a circa quattro dita trasverse al disopra della cicatrice ombelicale, a livello della parasternale destra prolungata, la detta ottusità si arresta a quasi cinque dita trasverse al disopra d' una linea trasversale tirata a livello dell'ombelico, e mentre dal lato destro cresce gradatamente fino a raggiungere l' arco costale, dal lato sinistro gradatamente decresce fino alla fossa iliaca.

La misurazione dell'addome ha dati i risultamenti che seguono:

Circonferenza all'ombelico	cent.	90
» tre dita al di sotto dello stesso .	»	81
Distanza dal pube all'ombelico	»	15
» xifo ombelicale	»	13
Dalla spina iliaca anteriore-superiore di destra alla cicatrice ombelicale	»	17
Dalla spina iliaca anterior-superiore sinistra all'ombelico	»	15
Diametro trasverso dell'addome	»	27

L'esame dalla via della vagina ha mostrate le seguenti cose. Col riscontro si nota che tutta la escavazione è occupata da un tumore che mostra le medesime note da noi osservate dalla via dell'addome. Detto tumore riempie perfettamente la parte alta della escavazione del bacino e punto spostabile in alcun verso. Il collo dell'utero non è stato accessibile al dito esploratore, applicato lo speculum, questo si è arrestato contro il tumore, e non ha permesso neppure di riconoscere il collo e quindi non è stato possibile fare l'esame della cavità uterina.

La diagnosi dunque fu: mio-fibroma del corpo dell' utero, probabilmente della parete anteriore, porzione antero-laterale destra, libero da aderenze, sia con gli organi, sia con le pareti addominali, impegnato nel distretto superiore del bacino.

Avendo la donna espressa la volontà di essere operata, preparata come al solito, fatte le debite cure di nettezza, apparecchiato e praticato quanto serviva perchè la medicatura alla Lister fosse il più completa possibile, la mattina del 18 settembre alle ore 12 merid. inalava il cloroformio.

Assistevano alla operazione il Prof. Chiara, Direttore della Scuola Ostetrica di Milano, i Prof. Ranieri, Raffaele E. e Postiglione N., coadiutori della Clinica Ostetrica ed i Dottori Vivenzio e Ruocco.

Fissato, come al solito, a ciascuno il proprio compito, si passò alla incisione delle pareti addominali, incisione che fu praticata il più estesamente che fosse possibile, atteso che il tumore essendo voluminoso molto, non si voleva contundere troppo i margini della ferita istessa, e può dirsi quasi che questa occupasse tutta la lunghezza della linea pube ombelicale.

Fatta una completa emostasia dei vasi della parete del ventre, si incise il peritoneo e si equiparò l'incisione peritoneale a quella dei comuni integumenti: fu in questo momento che il tumore si vide quasi completamente.

Infossate le mani tra il tumore e le pareti del ventre si potè rassicurarsi che era perfettamente libero da aderenze, allora afferrato con forti pinzette di Museux, si cominciò a trarlo fuori.

Estrattane una porzione non fu possibile andare più innanzi, poichè la incisione delle pareti era relativamente angusta, era impossibile dilungarla ancora, per cui fu necessità segmentarlo. A questo scopo passati due forti lacci attraverso il tumore a livello del punto più basso della porzione fuoriuscita, strettili fortemente in maniera da strozzare perfettamente la circolazione fu escissa tutta la porzione fuoriuscita.

Si cercò allora di trarre ancor fuora il resto, ma cacciatane una seconda porzione, non fu possibile trarne ancora, per cui fu necessità col medesimo processo segmentare in due altre porzioni il rimanente del tumore.

Cercando allora di trar fuori ancora l'ultima porzione, fu possibile enuclearla completamente da una capsula connettivale nella quale era contenuta.

Non vi fu punto emorragia, ed il collo dell'utero già reciso nella seconda escisione, non dava punto sangue, e mancando assolutamente il tessuto per formare un picciuolo non si procedette ad altra legatura, confortati massimamente dalla mancanza completa di sangue dal sito della recisione.

Prima della seconda escisione parziale si erano già stretti con doppio laccio dall'un lato e dall'altro i ligamenti larghi, le quali legature bastavano ad assicurare la emostasia.

Fatta una scrupolosa pulizia alla cavità peritoneale, ed assicurati che non vi fosse più liquido di sorta si passò alla sutura delle pareti addominali ponendo sette punti profondi di sutura staccata ed otto di simile sutura superficiali.

L'operazione fu completa verso le ore 1 e mezza pom. senza accidenti di sorta.

Medicata la donna con medicatura alla Lister fu passata nell'altro letto espressamente apparecchiato.

La donna rinvenne senza risentire gran fatto dell'azione dello anestetico nè della operazione.

Il diario clinico di questo caso può compendiarsi come segue:

		MATTINA				SERA				
Mese	Giorno	Ora	Temper.	Polso	Respiro	Ora	Temper.	Polso	Respiro	OSSERVAZIONI
Sett.	18	—	—	—	—	6	38,3	140	27	La donna non si lagna di alcun dolore, solo in corrispondenza della ferita sente alquanto bruciore: si amministrano acque aromatiche a cucchiaiate per rianimarle sempre più le forze.
		—	—	—	—	10	38	—	—	
		—	—	—	—	12	38,2	150	36	
»	19	8	38,4	138	26	5	38,3	120	30	L'inferma è perfettamente riavuta nelle forze. Ha un lievissimo risentimento peritoneale: internamente piglia del brodo e le acque aromatiche.
		12	38,4	140	27	9	38,3	120	30	
						12	38,4	108	28	

Mese	Giorno	MATTINA Ora	Temper.	Polso	Respiro	SERA Ora	Temper.	Polso	Respiro	OSSERVAZIONI
Sett.	20	7	38,5	108	20	5	39	120	19	Il risentimento peritoneale aumenta sensibilmente, di più la donna ha conati di vomito e vomito reale parecchie volte; le si applica la vescica di neve a permanenza sul ventre e le si dan pezzetti di neve per la via della bocca; più dell'opppio.
		10	38,5	108	20	8	39	120	19	
		12	38,7	120	20	12	38,6	108	19	
»	21	5	38,5	96	19	4	38,7	108	20	Il risentimento peritoneale è diminuito alquanto, la donna ha fortissima cefalalgia, per cui le si fan fare bagnoli freddi sulla fronte; continua la neve sul ventre a permanenza.
		7	39	120	19	6	39	120	20	
		9	38,5	120	20	11	38,4	120	19	
		12	38,4	108	19	12	38,3	120	19	
»	22	5	38,6	108	19	1	39	120	19	Si nota una sensibile tensione del ventre, attraverso la fasciatura il ventre è dolente sotto la pressione; seguita la neve a permanenza.
		9	38,7	96	18	5	39,5	120	19	
		12	38,6	96	18	12	39,2	120	19	
»	23	5	39	120	19	4	39,8	120	19	Si scovre l'apparecchio di medicatura, si rinviene la ferita aderita in quasi tutta la
		8	39	120	19	7	39,4	108	19	
		12	39,2	120	19	12	39,4	108	19	

Mese	Giorno	MATTINA Ora	Temper.	Polso	Respiro	SERA Ora	Temper.	Polso	Respiro	OSSERVAZIONI
										sua lunghezza, solo nel suo terzo inferiore mostrasi alquanto ulcerata; si pulisce bene e si medica novellamente: si continua la neve e si amministra il chinino per via ipodermica alla dose di grm. 1 e mezzo, si amministra un purgante oleoso alla dose di 15 grammi atteso una persistente stitichezza ventrale.
Sett.	24	7	39,2	120	20	5	39,2	120	19	Alle ore 6 ant. la donna è chiamata ad emetter le feci, e caccia una gran quantità di materiali duri con due vermi vivi. Il dolore al ventre è alquanto diminuito, ma la tensione è sempre la stessa; il dolore alla testa è sempre della medesima intensità, il metodo curativo è quello del giorno precedente.
		10	39	120	20	8	39,6	120	19	
		12	39	120	20	11	39,7	120	19	
»	25	7	39,3	108	19	7	39	120	19	La donna ha una novella scarica ventrale di materiali sie-
		12	39,5	120	19	10	39,4	120	19	
						12	39	120	19	

Mese	Giorno	MATTINA Ora	Temper.	Polso	Respiro	SERA Ora	Temper.	Polso	Respiro	OSSERVAZIONI
										rosi e fetidissimi. Si rimedica la ferita, si levano tre punti profondi e cinque superficiali, la ferita profondamente pare tutta aderita, è scollata superficialmente nel 3° inferiore; cura come nel giorno innanzi.
Sett.	26	8	39	108	18	4	40	120	20	Senza avere scarica alvina la inferma caccia un verme; nelle ore antimeridiane e fino alle 8 pomer. la donna ha elevazione fino a 40,2, verso le 9 si stabilisce dalla via della vagina un flusso di materia purulenta fetidissima, che certamente viene dal collo dell' utero pervio; in questo pus si trovano 3 fili di catgut.
		10	39,5	108	19	6	40,2	120	20	
		12	39,7	120	19	8	40,3	120	20	
						12	39,5	108	19	
»	27	2½	39,1	108	18	4	38,6	96	18	La donna migliora sempre nel generale, il ventre è floscio, il dolore quasi completamente scomparso: il dolore alla testa è sensibilmente diminuito; lo scolo di materiale
		7	39	96	18	7	39,1	108	18	
		10	38,5	96	18	10	38,7	108	19	
		12	38,3	96	18	12	38,3	96	18	

Mese	Giorno	MATTINA Ora	Temper.	Polso	Respiro	SERA Ora	Temper.	Polso	Respiro	OSSERVAZIONI
										purulento fetido dalla via della vagina continua sempre abbondante, si praticano lavande vaginali disinfettanti, si seguita la neve a permanenza e si dà il chinino internamente; la donna, come nei giorni precedenti, piglia brodi consumati.
Sett.	28	7	37,7	96	18	4	38,3	96	18	Lo scolo dalla via della vagina è sempre abbondante, la donna è novellamente medicata e si levano il rimanente dei punti, e nella porzione inferiore in cui superficialmente non era aderita si lava bene e si cerca di mantenerne ravvicinati i margini con liste di sparadrappo; il dolore ed il turgore addominale è completamente cessato, la neve si sopprime, si seguita il chinino, i brodi e le lavande disinfettanti vaginali.
		10½	38,1	96	18	8	38,5	96	18	
		12	38,1	96	18	12	37,8	96	18	
»	29	8	37,7	96	18	5	38,6	108	19	Lo scolo della vagina è alquanto dimi-
		12	38	108	19	12	38,2	108	19	

Mese	Giorno	MATTINA Ora	Temper.	Polso	Respiro	SERA Ora	Temper.	Polso	Respiro	OSSERVAZIONI
										nuito, la donna va meglio sempre, si cura sempre nello stesso modo.
Sett.	30	7	38,6	108	19	7	38,6	108	19	Il liquido purulento vaginale scema sempre in quantità e migliora in qualità, si cura come al solito, la donna ha appetito e defeca regolarmente.
		12	38,5	108	19	12	38,3	108	19	
Ott.	1	6	38,4	108	19	7	38,2	108	19	Lo scolo vaginale diminuisce sempre, la donna si sente bene; la cura come ieri.
		9	37,8	96	18	12	38	108	19	
		12	38,5	108	19					
Ott.	2	8	38,4	108	19	8	38,4	108	19	La donna non ha più scolo vaginale, la cura è sempre la stessa.
		12	38,4	108	19	12	38,4	108	19	
»	3	8	37,7	84	18	8	39,8	120	19	La donna sta bene, non ha dolori di sorta, meno che continuazione di dolori di testa, non ha risentimento alcuno, per cui non si sa conciliare la esistenza della febbre con lo stato della inferma e supponendo che potesse trattarsi di qualche morbo di pertinenza medica si
		12	38	96	18	10	39,8	120	19	
»	4	8	39,5	120	19	7	39½	120	19	
		12	38,9	120	19	10	39½	120	19	
»	5	8	39,2	120	19	7	39,7	120	19	
		12	39,5	120	19	10	39,5	120	19	
»	6	8	39	120	19	7	38½	108	19	
		12	39,5	120	19	10	38,3	108	19	

Mese	Giorno	MATTINA Ora	Temper.	Polso	Respiro	SERA Ora	Temper.	Polso	Respiro	OSSERVAZIONI
										invita il Prof. Fede, il quale vista ed esaminata la donna esclude qualunque possibilità di malattia acuta, per lo che si seguitò il medesimo trattamento curativo.
Ott.	7	8	38	96	18	4	37,5	84	18	Da questo giorno in poi la temperatura è stata sempre più mite dei giorni precedenti, la donna ha sempre migliorata, le si è amministrato una cibagione sempre crescente e, gradatamente rimessa, la donna parte pel suo paese.
		12	37,5	84	18	12	37,6	84	18	
»	8	10	37,5	84	18	8	37,8	96	18	
»	9	8	37,4	84	18	8	37,5	84	18	
»	10	8	37,2	84	18	8	37,5	84	18	
»	11	8	37,2	84	18	8	37	84	18	
»	12	8	37	84	18	8	37	84	18	
»	13	8	37	84	18	8	37	84	18	
»	14	partenza pel suo paese nativo (Caserta)								

IV.

Istero-ovariotomia cesarea.

Il giorno 2 gennaio ultimo, viene ricoverata nella Clinica Ostetrica di Gesù e Maria, Maria Zambardini di anni 38 di mestiere mendicante.

Donna primipara, mezzo cretina: alta metri 1,22. Ha la testa relativamente grossa, la mascella inferiore sporgente, la spalla sinistra ad un livello più elevato della destra. La colonna vertebrale presenta le seguenti deformazioni: le vertebre dorsali fortemente incurvate ed inclinate verso il lato destro, inclinate e volte a sinistra le lombari; insellatura considerevole.

L'antibraccio destro è deformato per lussazione del cubito di antica data, l'arto superiore sinistro è normale. Le dita della mano destra sono permanentemente flesse. Tronco e bacino nella deambulazione s'inclinano al lato sinistro, mostrando un'apparente diminuzione di lunghezza dell'arto inferiore corrispondente, il quale con quello del lato opposto mostra una deviazione in dentro di ambedue le ginocchia (valghismo): le tibie sono concave allo esterno. L'arto superiore ed inferiore destro sono affetti da paresi; la donna trascina questo lato dietro il sinistro. Ella dice di essere in quello stato dalla sua infanzia, dietro convulsione sofferta. Claudicazione accentuata. Pelvimetria esterna istrumentale (compasso di Baudelocque).

Distanza tra le creste iliache	cent.	23
Tra le spine iliache anteriori-superiori .	»	21
Tra le spine iliache anteriori-inferiori .	»	16,5
Diametro antero-posteriore esterno . . .	»	16
» obliquo destro	»	23
» » sinistro	»	22
Distanza tra le due tuberosità sciatiche .	mill.	97
Dalla punta del coccige alla sommità dell'arcata pubica	»	85
Altezza delle sinfisi	»	30

Esame manuale interno. — Col dito introdotto in vagina si trova il promontorio del sacro sporgente in avanti e volto a sinistra colla sua faccia anteriore; il lato sinistro del bacino è considerevolmente angusto. La distanza che passa tra il punto più sporgente dell'angolo sacro-vertebrale ed il margine inferiore della sinfisi dei pubi (coniugata diagonale) è 78-80 mill., la coniugata vera si giudica di circa mill. 66; la microcorda sinistra circa 60 mill., la destra 75 mill.

Dai risultati di questo esame si crede trattarsi di bacino rachitico con riduzione di tutti i diametri, con considerevole diminuzione di capacità del lato sinistro prodotto da infossamento della parete antero-laterale. La diminuzione diametrica esiste in tutta l'altezza della pelvi (distretto superiore, escavazione e distretto inferiore).

La donna racconta di non aver sofferto malattie d'importanza, meno le convulsioni di cui abbiamo tenuta parola e che l'attuale

gravidanza è proceduta per bene; attualmente è affetta da catarro bronchiale.

Come fenomeni simpatici ha sofferto nausee e vomiti mattutini a digiuno nei primi tre mesi di gestazione. È incerta la data dell'ultima mestruazione, nè si può sapere con certezza l'epoca dei primi moti fetali.

Le mammelle di piccolo volume hanno un'areola poco pigmentata, capezzolo grosso ed erettile, assenza della areola secondaria, mancanza completa dei tubercoli del Montgomery. Il ventre ha una forma sferoidale molto prominente, mostra la linea alba molto pigmentata, la cicatrice ombelicale appianata e molte smagliature recenti: alla misurazione segna 95 cent. di circonferenza a livello della cicatrice ombelicale. L'utero a sua volta ha forma ovoidale e fortemente inclinato a destra, mostra un diametro massimo trasverso di cent. 45 e l'altezza del Pilla segna cent. 34. Palpando al di sopra dei pubi si sente l'estremo cefalico, ed al fondo dell'utero la pelvi fetale. Con l'ascoltazione si sente la linea di propagazione del battito cardiaco verticale, ed il maximum d'intensità nel segmento sotto-ombelicale anteriore verso la linea mediana. Nel momento dell'ascoltazione non si sono sentiti altri rumori, ed era ugualmente assente il soffio uterino.

Col riscontro si nota il collo dell'utero quasi completamente scomparso, e l'orifizio uterino permette l'introduzione dell'estremità del dito. Per questi criteri si ammette una gravidanza normale presso al termine, di feto vivo in presentazione del vertice.

Nel giorno seguente a quello del suo ingresso in Clinica cominciano i primi dolori di parto. Già il grado e la estensione dell'augustia toglievano ogni speranza, che la estrazione avesse potuto ottenersi con mezzi incruenti (forcipe, rivolgimento); nè poteva farsi assegnamento sulla sinfisiotomia. Vero è che la coniugata ha una lunghezza che risponde al limite estremo di indicazione di questa operazione; ma lo abbreviamento di tutti i diametri e la diminuita capacità di un lato della pelvi, fanno ragionevolmente giudicare insufficiente l'aumento diametrico, che si potrebbe ottenere col taglio della sinfisi. Non rimane altro compenso che praticare la embriotomia o ricorrere al parto cesareo. Il Prof. Morisani si decide per questa ultima operazione; 1° perchè egli segue e sostiene il principio che non sia lecito ammazzare il feto, meno nella circostanza di ostinato ed invincibile rifiuto della madre a subire l'operazione cesarea; 2° perchè pare a lui, che nel caso

speciale per le condizioni della pelvica cavità le manovre embriotomiche dovrebbero riuscire difficili e gravi.

L'operazione fu praticata il giorno stesso alle ore due pom. nel sonno cloroformico e con le precauzioni listeriane e fu seguita dall'amputazione dell'utero e delle ovaie (metodo Porro).

Sotto il taglio della parete anteriore dell' utero cade la inserzione placentare, vien fuori sangue abbondante, si scolla e si porta via rapidamente la placenta, e poscia si estrae per i piedi una bambina asfittica, la quale è rianimata con i mezzi opportuni, ma muore dopo qualche ora. Si abbraccia con una catena di schiacciatore il segmento inferiore dell'utero a due centimetri circa al disopra dell'orifizio interno affine di evitare la emorragia. Ottenuto lo scopo si procede alla definitiva legatura del peduncolo, adoperando due forti e lunghi fili di seta. Con un ago a punta ottusa armato di doppio filo si trafora il cono utero-cervicale dall'avanti all' indietro; divisolo per tal modo in due porzioni vien legato e stretto giustamente; l' utero vien reciso circa un centimetro sopra la legatura; il moncone dopo la recisione si mostra esangue. Vien raccolto all' angolo ed ai margini inferiori della ferita addominale il peritoneo, e fissato con due punti di sutura intercisa a ciascun lato affine di tenerlo a contatto col viscerale del moncone uterino; il peduncolo e le pareti dell'addome si trapassano con un lungo ago. Si procede poscia ad un accurato nettamento del peritoneo ed in ultimo alla riunione della ferita con 8 punti di sutura profonda compreso il peritoneo e 3 superficiali. Sul moncone si passano alcune pennellate di tintura eterea di percloruro di ferro, si medica alla Lister e si mette a letto la donna, la quale rinviene senza risentimento della operazione subìta. L' operazione è durata 50 minuti. La bambina estratta è tutta ben conformata, pesa grammi 2500 ed ha i seguenti diametri:

Diametro massimo.	cent.	13
Occipito-mentoniero	»	12 ½
» frontale.	»	12
Sotto-occipite bregmatico .	»	9 ½
Biparietale	»	9 ½
Bitemporale.	»	8 ½
Bimastoideo.	»	7
Bimalare	»	6 ½

Mento-frontale	cent.	8
Mento-bregmatico	»	10
Biacromiale	»	12
Sterno-dorsale	»	7
Bitrocanterico.	»	10
Sacro-pubico	»	5
Piccola lunghezza	»	27
Lunghezza totale	»	49

Diario Clinico.

		MATTINA				SERA				
Mese	Giorno	Ora	Temper.	Polso	Respiro	Ora	Temper.	Polso	Respiro	OSSERVAZIONI
Genn.	1°	—	—	—	—	8	38	110	20	La inferma sta relativamente bene ed è rianimata: si lagna di dolori e bruciore al basso ventre. Internamente piglia cartine di oppio di un centigr. l'una ogni due ore, si appone la vescica con neve a permanenza sull'addome; si estrae l'urina col catetere.
»	2°	8	39	96	18	8	39 1/2	120	20	L' inferma ha dormito bene nella notte: mediante la vescica di neve è diminuito di molto il dolore al basso ventre; si nota un po' di meteorismo nelle parti superiori alla fasciatura. Si rifà l' apparecchio alla Lister perchè sporco di sangue e dalla ferita si

Mese	Giorno	MATTINA Ora	Temper.	Polso	Respiro	SERA Ora	Temper.	Polso	Respiro	OSSERVAZIONI
										vede venir fuori un liquido sieroso in sufficiente quantità. Il catarro bronchiale si è molto esacerbato. Piglia brodi consumati a cucchiaiate e le cartine di oppio come ieri: sempre la vescica con neve.
Genn.	30	8	38½	96	20	8	38½	130	24	Dalla sutura al disopra del peduncolo si vede venir fuori gran quantità di siero purulento, per questa via si passa un tubo di drenaggio pel quale si fanno larghe lavande fenicate: si rifà l'apparecchio di medicatura, il meteorismo è molto cresciuto e la inferma vomita spessissimo; per calmare il vomito piglia dell'oppio a piccole dosi e pezzetti di neve con gocce di etere. La vescica con neve si mantiene sempre a permanenza sul ventre, brodi e marsala a cucchiaiate.

Nelle ore della sera il vomito si fa ribelle, il meteorismo diventa ancor più forte, l'inferma è smaniosa, i polsi sono evanescenti, e muore all'una ant.

Autopsia eseguita nell'Anfiteatro di anatomia patologica. — Cadavere di donna con scheletro irregolare e deforme; è esagerata la curvatura delle tibie all' esterno, e quella dei femori allo interno. L' arto superiore destro al gomito è deforme, ha le apparenze di uno spostamento osseo, lussazione del cubito.

Anche la colonna vertebrale è irregolare con linee curve.

Il colore è giallo itterico, nutrizione scaduta.

L'addome è molto prominente e sulla linea alba dall' ombelico al pube si vede una ferita lineare riunita con punti di sutura.

All'angolo inferiore di tale ferita esiste una sporgenza carnosa del volume di un pugno e nerastra: ha un peduncolo che si approfonda attraverso la ferita nell'addome: la ferita è suppurante e non mostra alcun punto di adesione.

Cranio. — La dura madre è normale, i suoi seni venosi contengono coaguli recenti. Lungo la falce ci è lieve aderenza. In corrispondenza del lato parietale sinistro si vede una gran cavità coperta dell'aracnoide, e ripiena di liquido sieroso. Il cervello in tale punto è atrofico e pare per fatto congenito. Non mostra altra deformità e si è conservato assieme al midollo spinale per studio ulteriore.

Torace. — I polmoni sono liberi. Al taglio fanno notare bronchite cronica purulenta. Il cuore è più grande del normale, il ventricolo sinistro ipertrofico. Il pericardio è sano.

Addome. — Tolti i punti di sutura alla ferita addominale si veggono molli fili al peduncolo di quel tumoretto descritto, tolti i quali questo rientra nell'addome. Tale tumoretto che è cangrenato ha nel suo interno una cavità; penetrando nella quale col catetere, si esce alla vulva per la vagina. Il peduncolo di tale tumoretto è suppurante, suppurazione che si continua nella pelvi ed in mezzo alle anse intestinali nel basso ventre. Il peritoneo nella parte superiore dell'addome è normale. Tolto l'apparecchio uro-genitale si vede come quel tumore era fatto da parte dell'utero, di cui la porzione superiore era stata asportata. Inoltre quest'utero residuale è cangrenoso, la bocca e il collo dell' utero sono dilatati, ma senza lesione di continuo. La vescica è con catarro purulento, ma per altro normale. I reni presentano rigonfiamento torbido.

Lo stomaco e l'intestino non presentano fatti notevoli.

Il fegato è pure con rigonfiamento torbido.

La milza è iperemica.

La peritonite purulenta è sola del bacino ed ipogastrica con scarso essudato purulento che tappezza gli organi. Il retto è libero, e lo spazio di Douglas contiene pus. Fra la vescica e pareti addominali è suppurazione.

Descrizione del bacino secco. — Il bacino disseccato presenta le seguenti note.

Il lato sinistro è spinto all' indietro ed a sinistra, in guisa che la cresta iliaca e la tuberosità ischiatica di questo lato sono di circa 4 centimetri più elevate del lato opposto.

Nel gran bacino la cresta e la fossa iliaca interna destra hanno forma e curve meno accentuate del normale; a sinistra invece la cresta iliaca è fortemente incurvata ed accartocciata su sè medesima; la fossa iliaca più angusta del normale ed ha forma di un semicanale concavo davanti in dietro. Le vertebre lombari sono inclinate a sinistra e la loro faccia anteriore guarda lo stesso lato.

Le distanze tra le spine iliache anterior superiori ed anterior inferiori e tra le creste sono conformi alle misure prese sulla donna meno la differenza di qualche millimetro per la spessezza delle parti molli. Il distretto superiore ha forma irregolare. Si potrebbe forse dire ovoidea con la grossa estremità a destra e la piccola a sinistra, se il lato anteriore non fosse interrotto e reso irregolare dallo infossamento della parete antero-laterale sinistra, per cui rimane deformato il margine della branca orizzontale dei pubi. Deformata è pure la curva normale della linea innominata, in guisa che questa linea forma verso lo estremo sinistro del diametro bis-iliaco un angolo curvilineo, al cui apice vi è appena uno spazio di 30 mill.

Il sacro sporgente nell'area del distretto ha la faccia anteriore delle tre prime vertebre volte a sinistra; ristretta e meno rotonda dell' opposta e del normale è la incisura sciatica destra; spinta in alto ed in dietro verso il cavo pelvico tutta la parete antero-laterale sinistra.

Diametri:

Coniugata vera misurata dal punto più sporgente del promontorio alla sinfisi mill. 65

Dalla faccia anteriore del sacro	mill.	70
Diametro obliquo sinistro	»	110
» » destro.	»	105
Microcorda destra	»	75
» sinistra	»	58
Bis-iliaco	»	120
Dal mezzo dell' ala del sacro alla cavità cotiloidea sinistra.	»	51
Lo stesso spazio a destra	»	62
Dalla punta del coccige alla sommità dell'arcata pubica	»	85
Dall'una all'altra tuberosità ischiatica .	»	95
Altezza della sinfisi	»	30
Altezza dell'osso iliaco destro (dal mezzo della cresta iliaca alla tuberosità sciatica	cent.	15,2
Altezza dell'osso iliaco destro	»	14,6

DI UNA OVARIOTOMIA PRECOCE

CONTRIBUTO ALLA CURA

DEI

TUMORI OVARICI A SVILUPPO EXTRA-PERITONEALE

del Dott. PAOLO NEGRI

Nella sua nota sulla 3ª centuria di ovariotomie in Italia (1), il Peruzzi così scrive: « decisamente anche da noi è divenuta (la ovariotomia) *una operazione ordinaria,* la quale quasi più merita un conto speciale, a differenza delle operazioni che ancora non sono legittimate dalla pratica ».

In accordo completo con il Dott. Peruzzi intorno a ciò, credo tuttavia che quando il caso clinico offra alcunchè di notabile e che specialmente possa indicare una piuttostochè altra via operativa, valga ancora la pena di render pubblico il caso, e tanto più quando i consimili non sono ancora frequenti nella nostra letteratura ginecologica.

Due a quanto mi pare sono i punti che possono rendere interessante la osservazione presente, e cioè l'essere una ovariotomia precoce, e la speciale condizione anatomo-patologica del tumore.

Voglio subito giustificarmi del perchè io abbia operato la donna affetta da tumore ovarico in un periodo ancor precoce, mentre operatori stranieri e nostrani non vorrebbero metter mano all'ovariotomia se non a morbo in molto maggior grado avanzato. A mia giustificazione non posso che citare il lavoro di Granville Bantock di Londra che porta il titolo: *Argomenti in favore della ovariotomia precoce* (2) la cui conclusione è la seguente: « Insisto

---

(1) *Raccoglitore Medico*, luglio 1882.

(2) Pubblicato nella versione italiana dal Dott. A. Paggi (*Imparziale* N. 3, 4, 5, 6, 1882).

adunque con tutta quella forza, che proviene dal più assoluto convincimento, affinchè la ovariotomia sia eseguita non appena possiamo esser certi della diagnosi, ritenendo che se una tal legge fosse osservata almeno nella maggioranza dei casi, si avrebbero dei successi anche più splendidi di quelli che si sono finora ottenuti ».

Al lettore desideroso dei particolari io non posso che raccomandare la lettura del lavoro del Bantock nel quale sulla base della clinica, della statistica, e dei fatti personali è rigorosamente esposto quanto può illustrare l'argomento.

Ed ora esponiamo il caso.

A..... Teresa, di professione portinaja di anni 54, abitante in Milano in Via Vetraschi, è il soggetto della presente istoria: nulla troviamo di particolare nei dati anamnestici riferentisi ai progenitori ed ai collaterali. Fu sempre mestruata regolarmente; ancor giovane passata a marito ingravidò per tre volte e sempre regolarmente si sgravò.

È nella menopausa da circa tre anni: vedova da circa 1 anno, 9 mesi fa contrasse nuovo matrimonio: otto giorni dopo notò scolo sanguigno dai genitali per 3 o 4 dì, in quantità però assai più scarsa di quella che abitualmente perdeva all'epoca mestruale. Da quell'epoca ebbe ad avvertire aumento nel volume del ventre, sensazione di urti nella regione bassa dell'addome da essa attribuiti ai moti attivi di un supposto feto, senso di peso e stiramento alla pelvi. Ritenendosi gravida ricorreva a noi per precisare alcunchè intorno a tal fatto. Il 14 luglio si presentava nelle seguenti condizioni: di statura media, bene sviluppato il pannicolo adiposo, denti in gran parte mancanti, mucose visibili discretamente colorate: nessuna lesione rilevabile agli apparati pneumo circolatorio e gastro enterico.

L'addome è occupato da un *tumore* paragonabile per volume a quello di un utero gravido a mesi 5 ½ circa: il tumore è elastico, fluttuante ed occupa in prevalenza il quadrante inferiore sinistro: spingendolo colla mano verso la linea mediana cede fino ad un certo punto, indi se la pressione della mano viene a cessare, con grande rapidità il tumore si porta nella primitiva sua sede. Il tumore è affatto liscio ed i maneggi sopra essa praticati non determinano dolore.

L'esame *per vaginam* permette assai bene la delimitazione dell'utero, offerente i caratteri di quello vuoto, mobilissimo, leg-

gero, esso ha solo mutati i rapporti colla pelvi e precisamente si trova in retro-latero-versione destra; il dito esplorante portato a sinistra verso il contorno dello stretto superiore riesce a sentire l'inferiore segmento del tumore.

Risultato dell'esame, anche trascurando il cateterismo uterino in questo caso non necessario, *l'esclusione della gravidanza* supposta dalla donna, e l'enunciazione della diagnosi di *tumore ovarico di sinistra.* Il fatto poi dimostrato dalla palpazione, cioè che il tumore si mostrava limitatamente spostabile verso destra, e che cessando dai maneggi con grande rapidità guadagnava il quadrante inferiore sinistro, ci fece sospettare che il tumore fosse sessile, o fosse dotato di un peduncolo assai largo e brevissimo.

Non posso qui trascurare di prender nota di un altro particolare che veniva offerto dall'esame somatico dell'operanda, il turgore cioè delle mammelle ed una avviata secrezione da queste di un liquido sieroso verdastro che per una speciale circostanza non potei sottomettere alla osservazione microscopica.

Ricorderò a questo proposito che la secrezione lattea in donna mai gravida ma portante un grosso tumore ovarico, potei altra volta vedere in giovane che fu poi felicemente operata dal mio maestro il Prof. Chiara, e la cui storia fu da me resa pubblica negli *Annali di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria,* Anno II, 1880. In quel caso il tumore ovarico apparteneva alla varietà delle cisti dermoidi.

Convenendo nei risultati dell'esame anche il Prof. Chiara ed il Dott. Mangiagalli, proposi senz'altro alla paziente la cura radicale, non riscontrando per mio conto contro indicazione alcuna nè nel limitato sviluppo del tumore, nè nella mancanza di marcati disturbi da parte della donna.

La paziente accondiscese subito e con lieto animo, in conseguenza di che io la feci ricoverare in una privata casa di salute in Milano ove il 20 luglio la operai.

Mi volle direttamente cooperare il Prof. Domenico Chiara, gentilmente essendosi offerto per la cloronarcosi il Dott. G. Chauvenet. Furono attuate le più rigorose cautele antisettiche, non trascurando l'uso del polverizzatore a vapore *durante l'atto operativo.* Sarebbe qui inutile l'esporre in che consistano tali precauzioni ormai note *lippis ac tonsoribus* e doverose a parer nostro tanto al chirurgo provetto che a quello che muove i primi passi.

Ottenuta la narcosi e praticata la siringatura vescicale, incisi le pareti addominali sulla linea alba per un tratto di circa 6 centimetri, ad eguale distanza dal margine superiore del pube e dalla cicatrice ombellicale. Aperto il peritoneo si presentò il tumore a pareti assai sottili; esplorato con tre dita portate nel cavo peritoneale apparve libero da aderenze; punto con un trequarti e stirato all' esterno offerse ostacolo considerevole che si riconobbe dato da un corpo voluminoso sottostante; il liquido offerto dalla prima puntura nella quantità di circa tre litri era giallo-verdastro attaccaticcio ma non filante; il corpo sottostante era una seconda concamerazione protrundente con il suo segmento superiore nel cavo della prima; spaccata allora la prima piuttosto generosamente, incisi il segmento del tumore sottostante e da questo colò poco più di un litro di un liquido affatto simile a quello avuto dalla prima concamerazione: si potè allora convincersi con attento esame che questa seconda saccoccia erasi sviluppata nel legamento largo di sinistra.

Constatato tal fatto variare poteva la condotta ulteriore e cioè si potea tentare la enucleazione del tumore dal legamento largo (Miner), oppure escidere parte della prima cisti e cucire il contorno della seconda al contorno della ferita addominale (metodo proposto dallo Schroeder nei casi di cisti svolte nel legamento largo, e dal Pean per le cisti non asportabili per presenza di aderenze troppo stipate) ed a quest'ultima via mi piegai, anche basato oltre che sui favorevoli casi di Schroeder, sopra uno del Mangiagalli, similmente curato e felicemente guarito (1).

Escisi perciò gran parte delle pareti della prima loggia e poi cucii il cercine della seconda cisti alla ferita addominale con otto punti di seta fenicata (sutura nodosa), seguendo il consiglio dato in tali casi di mettere un numero piuttosto generoso di punti. Tutta la ferita addominale però non restava così chiusa, onde fu necessario collocare due punti verso l' angolo superiore, sempre comprendendo il peritoneo parietale.

Nella cisti così fissata fu collocato grosso tubo a drenaggio: prima di chiudere la ferita addominale si passò ad accurata pulitura del cavo peritoneale e si constatò lo stato normale della ovaja lasciata in sito (la destra).

---

(1) *Due ovariotomie con esito felice*, lettera al Dott. Cav. Belluzzi. — *Bollettino delle Scienze Mediche*, Bologna, 1882.

La medicazione risultò da copia abbondante di garza e cotone fenicati sovrapposti alla ferita, il tutto tenuto in sito da ampio strato di gomma elastica e sopra questo un materassino di pallini da caccia.

Ecco ora l'andamento successivo.

20 Luglio. Sera T. 37,7. — Stillicidio sanguigno piuttosto abbondante dai margini della cisti e dal fondo di essa, injezione di acqua Pagliari. Vomito. Siringatura vescicale.

21 Luglio. Matt. T. 37,2. 2 pom. T. 38,5. Sera T. 37,5. — Poco siero sanguinolento dalla cisti - ricoprimento dei margini di questa con cotone al percloruro di ferro; ancora vomito (2 volte) - due medicazioni - siringatura.

22 Luglio. Matt. T. 37,2. 2 pom. T. 38,5. Sera T. 38,3. — Due medicazioni - notte dormita - un conato di vomito - lavature fenicate per il tubo - solita medicazione tenuta in sito da una fasciatura semplice - tolto il materasso di pallini.

23 Luglio. Matt. T. 37. Sera T. 38,5. — Due lavature generose, nel resto bene - urina da sè.

24 Luglio. Matt. T. 38,2. Sera T. 38,2. — Suppurazione discreta attorno al lembo cistico - nel resto come al 23.

25 Luglio. Matt. T. 38,1. Sera T. 38,9. — Parte del lembo cistico si sfacela - vengono levati tre punti.

26 Luglio. Matt. T. 37,6. Sera T. 38. — Odore e suppurazione in diminuzione - sempre lavature abbondanti per il tubo - tolti gli altri punti.

27 Luglio. Matt. T. 38,2. Sera T. 38,8. — Alle 11 ant. fugace *sensazione di freddo* - alvo chiuso - clistere - localmente bene.

28 Luglio. Matt. T. 37,7. Sera T. 38,8. — Alle 11 ant. *freddo generale* con elevazione a 39,7 - localmente bene e si continua nelle solite medicature.

29 Luglio. Matt. T. 37,9. 2 pom. 39,3. Sera T. 38,3. — Si amministrò 1 gramma di chinina - localmente si nota l'uscita di qualche stralcio dalla cannula al momento della lavatura.

30 Luglio. Matt. T. 36,7. Sera T. 37,9. — Lavature endocistiche fenicate e jodoformio.

31 Luglio. Matt. T. 37. Sera T. 38,4. — Bene assai - eguale terapia.

1, 2, 3, 4 Agosto piaga sempre asettica, notasi però che la riparazione si compie assai lentamente e che facilmente sullo impiagamento risultante dalla caduta dei lembi necrotici della cisti si va facendo un essudato grigiastro: si insiste nella medicazione listeriana con soluzione fenica al 5 % per le irrigazioni endocistiche (1).

Il 10 agosto sebbene ancor in sito parte del tubo a drenaggio le condizioni locali e generali permettono alla operata di abbandonare il letto; il 24 agosto alla porzione di grosso tubo ancora in parte pescante nella cisti se ne sostituisce altra di un tubo molto più sottile e la donna rincasa.

Il 2 settembre ogni cosa è tolta e la donna non presenta che un piccolo impiagamento superficiale che volge ormai a rapida guarigione.

A quest' epoca l' esplorazione vaginale lascia sentire l' utero in sede, perfettamente mobile, e la donna può accudire interamente alle sue abituali occupazioni.

Milano, Settembre 1882.

---

(1) La lentissima riparazione crediamo possa esser messa in relazione con un fatto venuto a nostra cognizione soltanto alcuni giorni dopo praticata la ovariotomia; la Teresa usava da tempo ed abbastanza copiosamente degli alcoolici.

Un nuovo contributo clinico alla cura della rottura d'utero in travaglio mediante il drenaggio, aggiunte alcune considerazioni sui casi in cui alla guarigione dell'accidente consegua un nuovo concepimento, del Dott. Luigi Mangiagalli, Medico 1° Assistente nella R. Scuola di Ostetricia di Milano, diretta dal Prof. Cav. Domenico Chiara.

La letteratura ostetrica di questi ultimi anni è straordinariamente ricca di lavori, i quali si propongono lo studio della genesi o della cura della rottura d' utero in travaglio. Il risveglio ci venne specialmente dal noto lavoro di Bandl (1), il quale pose termine all'acquiescenza quasi generale degli ostetrici nella teoria che la rottura spontanea dell' utero ripetesse la sua origine da alterazioni isto-chimiche della trama muscolare, insediando in suo luogo la teoria meccanica della eccessiva distensione del canale cervicale. Per quanto sia innegabile che alcuni casi trovino una spiegazione più conveniente nella prima teoria come quello, stando ai recenti, di Alexander Russell Simpson (2) e quello riferito da Hofmeier (3), pure per consenso oggidì quasi universale la teoria di Bandl è così sorretta dal ragionamento, dalla osservazione, dalla esperienza che la si invoca oggigiorno per la grande generalità dei casi. Non tutte le idee di Bandl a vero dire vennero accettate. Ciò che il Bandl considera come orificio interno (*Contractionsring*, cercine di contrazione dello Schroeder) e come limite superiore della cervice distensibile, il Thiede (4), appoggiato a ricerche microscopiche sulla mucosa, considera già come appartenente al corpo uterino, e come confine superiore della parte

(1) *Ueber Ruptur der Gebärmutter.* Wien, 1875.

(2) *Contributions to Obstetrics and Gynecology* (pag. 150). Edinburg, 1880.

(3) *Zur Aetiologie der Uterus rupturen. Centralblatt f. Gynaek*, N. 26, 1881.

(4) *Ueber das Verhältniss des Cervix uteri zum « untern Uterinsegment ». Zeitsch. f. Gebürtsh. u. Gynaek.* IV. 2.

inferiore più sottile e più distensibile della musculatura uterina. Così pure, mentre Bandl ammetteva, in modo particolare per le primipare, che il cercine da lui studiato e creduto l'orificio interno si trovasse al livello della coniugata, il Frommel (1) invece appoggiato a numerose ricerche cliniche sarebbe pervenuto ad un risultato diverso, sarebbe cioè pervenuto alla conclusione che il cercine di contrazione dello Schroeder, si trovi più alto, al disopra della sinfisi, più alto quindi di quello che il Bandl non ponesse il suo orificio interno. Comunque sia di queste questioni che incorniciano per così dire la questione principale, la teorica meccanica delle rotture spontanee dell'utero persiste egualmente nella sua interezza. Il caso che qui verrà descritto, nell' oscurità in cui si trova riguardo alla parte anamnestica, non mi permette di fermarmi in speciali considerazioni riguardo alla sua genesi. Io mi propongo soltanto di richiamare l'attenzione degli ostetrici sopra un nuovo felice successo ottenuto col drenaggio nella terapia di questo terribile accidente. Questo caso unito ai tre di Frommel (2), ed a quelli di Morsbach (3), di Graefe (4), di C. von Hecker (5), di Mann (6), di Felsenreich (7), varrà a renderci più fidenti nell'uso di questo mezzo, che usato in modo secondario dal Professor Chiara otto anni or sono aveva già dato un brillante successo. Certo bisogna andar guardinghi nel lasciarci trascinare da illusioni terapeutiche anche nel campo chirurgico e neppure vuolsi tacere che accanto ai casi felici pubblicati, altri ne sieno lasciati nell'oscurità, come io qui non taccio che in un altro caso trattato col drenaggio antecedentemente a questo si ebbe l' esito letale. Ad ogni modo malgrado tutte queste riserve è sempre no-

---

(1) *Zur Aetiologie und Therapie der Uterusruptur.* (*Zeitsch. f. Gebürtsh. u. Gynaek.* V. 2.

(2) *l. c. e Zur Therapie der Uterusruptur.* (*Centralblatt f. Gynaek.* N. 18, 1880).

(3) *Ein fall von Uterusruptur mit Austritt des Kindes in die Bauchhöhle. Drainage und Genesung* (idem, N. 26, 1880).

(4) *Ueber einen fall von spontaner kompleter Uterusruptur mit Ausgang in Genesung durch Drainage* (idem, N. 10, 1881).

(5) *Ein weiterer fall von erfolgreich mit Drainage behandelter Uterusruptur* (idem, N. 26, 1880).

(6) *Beitrag zur Behandlung der Uterusruptur durch Drainage* (idem, N. 16, 1881).

(7) *Beitrag zur Therapie der Uterusruptur* (*Archiv. f. Gynaek.* XVII. Bd. 3, H. 1881).

tevole il fatto che in spazio relativamente breve di tempo si sieno consegnati alla pubblicità tanti successi favorevoli ed acquista speciale importanza il fatto che quattro dei casi enunciati ci vengano da una stessa clinica, da quella di Schroeder, nella quale otto casi trattati consecutivamente colla laparotomia decorsero invece fatalmente.

Vediamo intanto in quali circostanze si svolse il caso clinico che forma oggetto della presente narrazione.

N. 127, anno 1882. Filatrice, d'anni 28, in travaglio di parto entra nell' Ospizio il 27 maggio alle 6 ant. È secondipara ed il primo parto fu normale ed a termine. Essa versa in condizioni gravissime, la voce è fievole, il polso frequente, esilissimo, i tratti del viso sono scomposti, la fisionomia è profondamente alterata: dalla vulva fluisce del sangue nerastro in modica quantità. A domicilio erano stati fatti da più medici ripetuti tentativi di forcipe e di versione, riesciti infruttuosi i quali, era stata inviata alla Maternità sopra una carrozza impiegando nel tragitto circa tre ore. Altre notizie più dettagliate ci fanno difetto; e la gravità del caso, e le condizioni miserrime della donna non ci permettevano punto di insistere sulla storia anamnestica. Del resto un rapido sguardo alle condizioni generali e locali bastava a darci la triste certezza della catastrofe avvenuta. L'addome era espanso, ineguale, timpanico: sulla fossa iliaca di destra si avvertiva il globo uterino duro e contratto, mentre nella linea mediana ed a sinistra, attraverso le pareti addominali assottigliate, si poteva, per così dire, fare l' anatomia del feto passato nel cavo addominale e non offrente più alcun segno di vita. Previe due iniezioni sottocutanee di 2 grm. di etere solforico, si pratica il riscontro digito-vaginale, col quale sull'area dello stretto superiore si avverte la faccia in Fr. I. D. A., mobilissima, e ad ogni spostamento di essa fluisce in vagina un fiotto di sangue. Il promontorio raggiungevasi ma non facilmente. La mano destra scorrendo tra il piano anteriore del feto e le pareti addominali della madre, constata una volta di più il disastro avvenuto e non trovando nella sua via la massa intestinale respinta in alto ed a destra, afferrati i piedi, compie con tutta facilità la versione e l'estrazione del feto, alla quale seguono grumi di sangue unitamente a sangue liquido. Estratto il feto e reciso il funicolo, col dito nuovamente introdotto in vagina, si constata come questo si diriga entro il cavo uterino, dal quale è spremuta fuori la placenta mentre si

facevano lievi trazioni sul funicolo, onde impedire che la placenta si avviasse attraverso la breccia.

L'utero è mantenuto ancora in rapporto colla vagina da' suoi attacchi anteriori, posteriori e laterali destri; nello stesso tempo si constata come, a sinistra, la lacerazione si spingesse in alto dalla vagina verso il corno uterino fino in corrispondenza della inserzione del legamento rotondo. Nessuna ansa intestinale viene a trovarsi in vagina: assicuratici che grossi grumi di sangue non sono più trattenuti nel cavo peritoneale, sulla scorta della mano si assicura entro la breccia un tubo di drenaggio ripiegato ad ansa, della grossezza dell'indice, senza praticare per esso veruna irrigazione.

Il feto di sesso maschile pesava 3400 grammi ed era lungo 51 mm. (30-21). Gli annessi pesavano 600 grammi.

Dopo la liberazione (ore 7 ant.) le condizioni della donna non sono punto peggiorate, anzi per l'azione eccitante dell'etere paiono un pochino migliorate: la si adagia orizzontalmente sopra un letto elastico, mantenendo mediante un cuscino arrotolato sopra sè stesso e collocato trasversalmente sotto i popliti, le gambe flesse lievemente sulle coscie e queste sulla pelvi: il polso è a 148: le si amministrano alcuni cucchiai di brodo e di vino generoso, riscaldando bene le estremità inferiori mediante bottiglie ripiene di acqua calda. Più tardi si lamenta di dolori di ventre, e non avendosi più a temere gravi fenomeni di collasso poichè la temperatura era salita a 38°, si applica sul ventre una grande vescica di ghiaccio. Alla sera la temperatura è di 38°,2, il polso 136; dal tubo fluisce in discreta quantità del siero sanguinolento, la donna si lamenta molto di dolori al ventre per cui si amministrano due pillole di opio, di un centigrammo ciascuna.

28 Maggio. — Dormì discretamente nella notte: al mattino è tranquilla - ventre dolente - scolo siero sanguigno - urina da sè - nessuna defecazione. Vino di Marsala.

Ore 8 ant. T. 38. P. 120. R. 28.
» 3 pom. T. 38,6. P. 134. R. 28.
» 8 pom. T. 39.

29 Maggio. — Ventre meteoritico, dolente - scolo di sangue oscuro un po' fetente - alvo chiuso.

Ore 8 ant. T. 37,9. P. 120. R. 26.
» 3 pom. T. 39,3. P. 128. R. 32.
» 8 pom. T. 38,8.

30 Maggio. — Dormì poco nella notte; al mattino è tranquilla - ventre meteoritico, dolente - scolo fetente. Si pratica per il tubo di drenaggio una irrigazione fenica all'1 %. — Un grammo di chinino. Vino di Marsala.

Ore 8 ant. T. 39,8. P. 140. R. 44.
» 3 pom. T. 39,6. P. 148. R. 44.
» 8 pom. T. 39,5.

31 Maggio. — Disturbata nella notte da tensione dolorosa delle mammelle e da dolori intestinali - gli stessi disturbi al mattino - diarrea - scolo fetente. Si continua col chinino, col Marsala, colle irrigazioni feniche nel tubo - due pillole di opio.

Ore 8 ant. T. 38,7. P. 140. R. 34.
» 3 pom. T. 39,4. P. 146. R. 38.
Alle 4 pom. un brivido della durata di mezz'ora.
» 8 pom. T. 39,8.

1 Giugno. — Dolori intestinali, la diarrea ha continuato nella notte - la tensione mammaria è diminuita - il ventre è abbastanza cedevole, lo scolo è oscuro, fetente - nelle 24 ore 14 defecazioni. Duecento grammi di vino di Marsala con 20 goccie di laudano.

Ore 8 ant. T. 39,1. P. 120. R. 36.
» 3 pom. T. 39,2. P. 136. R. 38.
» 8 pom. T. 39,8.

2 Giugno. — Diminuita la diarrea - riposò alquanto nella notte - al mattino è tranquilla - ventre un po' meteoritico, dolente - scolo sempre scuro e fetente - ebbe tre defecazioni - irrigazione fenica. Un grammo di chinina.

Ore 8 ant. T. 38,8. P. 128. R. 28.
» 3 pom. T. 39,2. P. 132. R. 28.
» 8 pom. T. 39,8.

13 Giugno. — Continuano la diarrea ed i dolori, ventre cedevole, scolo fetente malgrado le irrigazioni fenicate. Duecento grammi di vino di Marsala con un grammo di laudano.

Ore 8 ant. T. 37,8. P. 120. R. 28.
» 3 pom. T. 38,8. P. 120. R. 28.
» 8 pom. T. 39,5.

4 Giugno. — Diminuita la diarrea - ebbe soltanto due defecazioni ma i dolori continuano - due pillole di opio.

Ore 8 ant. T. 39,5. P. 144. R. 44.
» 3 pom. T. 39,5. P. 140. R. 40.
» 8 pom. T. 39,6.

5 Giugno. — La diarrea riprende, il ventre è un po' meteoritico e dolente. Scolo purulento. *Si leva il tubo di drenaggio* - attraverso la breccia si fa strada a stento fra un tessuto di granulazioni il dito esploratore - i due quadranti inferiori sono occupati da due tumescenze separate da una specie di V, la destra rappresentata dall'utero, la sinistra dalla essudazione reattiva.

Conosciute così le prime vicende del puerperio, è inutile qui aggiungere il diario della paziente durante il suo soggiorno nella clinica. A questo punto, sottratta ai pericoli più immediati, la donna fu in corso di una setticemia lenta che riesciva a superare felicemente, talchè il 9 luglio veniva dimessa completamente guarita dopo 44 giorni di degenza nell'Ospizio. Non troppo lungo periodo invero dopo la catastrofe alle cui ordinarie conseguenze era sfuggita! Esaminatala prima che lasciasse l'Ospizio restai meravigliato del modo sapiente con cui la natura aveva esercitato la sua opera riparatrice. Trascrivo dalla cartella clinica il reperto dell'esame: risonanza timpanica nei due quadranti inferiori meno accentuata a destra; colla palpazione addominale non si avverte più nè il fondo dell'utero, nè tumescenza di sorta. Coll'esame combinato: utero ben ridotto, quasi perfettamente in asse, discretamente mobile, collo sfrangiato con un indurimento cicatriziale a sinistra che si prolunga in parte sulla volta vaginale ed in alto verso la fossa iliaca corrispondente.

In questo caso le indicazioni erano nette e precise: estrarre anzitutto per le vie naturali il feto passato intieramente nel cavo addominale, poichè l'ampiezza della breccia lo permetteva facilmente e praticare il drenaggio onde offrire ai liquidi raccolti la via per cui fluire liberamente. La laparotomia con o senza sutura della breccia e l'amputazione sopravaginale dell'utero, oltrechè circondate per sè da pericoli gravi, non potevano in questo caso riuscir meglio allo scopo che noi ci proponevamo di sgombrare il campo peritoneale dal feto e dal sangue in quello versato. Nè certo ci si farà rimprovero di aver ricorso alla versione podalica in un caso di presentazione di faccia mobile sullo stretto superiore. Non tutti i casi per altro, è d'uopo il confessarlo, si prestano così favorevolmente al drenaggio, alcuni anzi parrebbero

controindicarlo. Ora per quanto possa ancora sembrare prematuro oggidì, si potrebbe tentare, almeno nelle linee generali, di stabilire in quali casi possa essere indicata l'estrazione del feto per le vie naturali seguita dal drenaggio, in quali la laparotomia, in quali infine la laparotomia seguita dall'amputazione sopravaginale dell'utero. Ciò dimostra già come io non sia punto trascinato dall'entusiasmo di coloro (di Morsbach per es.), i quali in ogni caso quasi vorrebbero applicare il drenaggio, consigliando persino la dilatazione artificiale e cruenta della breccia quando questa fosse divenuta insufficiente per il passaggio del feto. Ciò sarebbe appena giustificato in quei casi in cui, passato solo parzialmente il feto nel cavo addominale, gli orli della breccia si fossero retratti su di esso e riescissero vani i nostri tentativi di praticare la liberazione agendo sulle parti rimaste nell'utero e la pelvi fosse normale o poco ristretta (poichè nei casi di grave stenosi pelvica allora la gastrotomia dovrebbe avere la preferenza): ma anche ciò essendo, è discutibile se non convenga di più la gastrotomia, la quale ci offrirebbe l'opportunità di meglio eseguire *de visu* lo sbrigliamento della breccia, nel caso improbabile che esso fosse necessario per estrarre il resto del tronco, e di opporsi meglio agli accidenti (emorragia) che ne potrebbero nascere. Le ragioni che si oppongono ad accettare la proposta rinnovata da Morsbach, riguardo allo sbrigliamento della breccia per la vagina nei casi in cui la breccia fosse divenuta insufficiente per il passaggio del feto, onde applicare il drenaggio, sono evidenti: nei casi di rottura d'utero la vita può essere anzitutto minacciata dall'emorragia che è sempre più o meno grave e fonte d'immediato pericolo. Ora come deciderci ad ampliare la breccia per la vagina in donna già esausta e quasi esanime e per lo shock e per la emorragia, quando una minima perdita di sangue può bastare a spezzare quel tenue filo a cui la vita è ancora sospesa? Tenuto calcolo delle condizioni generali di una donna colpita da sì grave accidente, quale la rottura d'utero in travaglio, questa obbiezione generica si applica anche a quei processi più o meno complessi che qua e là si sono fatti seguire alla laparotomia. Invero, la sutura uterina con o senza resezione dei margini della breccia, e l'amputazione sopravaginale dell'utero con sutura della parte eventualmente rimasta al disotto del laccio costrittore, richiedono e tempo e maneggi operativi, certo non idonei a migliorare le condizioni di una donna

che si trova in più o meno grave collasso. Mentre poi la sutura della breccia dopo la gastrotomia può avere un campo generale d'applicazione, l'amputazione sopravaginale dell' utero non troverebbe la sua più razionale indicazione che nei rarissimi casi di rottura del fondo o della parte alta del corpo come per altro in un caso io ebbi ad osservare.

Come il lettore se ne è accorto, io non ho preso in esame che i casi in cui il feto è passato intieramente o parzialmente nel cavo addominale; anche in questi casi la liberazione con un mezzo qualsiasi è doverosa. Questo dovere per parte dell'ostetrico risulta in modo evidente dalla statistica.

Nel seguente specchio Trask nel suo noto lavoro citato in quasi tutti i trattati moderni, ha riunito i successi dei differenti modi di trattamento quando il capo e tutto il tronco del feto od una sua parte erano passati nel cavo peritoneale.

Gastrotomia	guarite	16	— morte	4
Versione-craniotomia, ecc.	»	23	»	50
Non liberate	»	15	»	44

Nei 98 casi che Ames (1) raccolse in aggiunta a quelli di Trask, troviamo la notevole cifra di 32 guarigioni ossia una guarigione sopra tre casi. Ma evidentemente noi non possiamo prendere tale statistica come base del nostro pronostico. Il raccogliere i casi pubblicati ed il sottoporre questi ad esame non può condurci a risultati attendibili sempre per la ragione che a preferenza si pubblicano i casi favorevoli: converrebbe raccogliere le cifre nei rendiconti delle maternità in cui si fa la cronistoria di tutti i casi ed allora, io ne sono convinto, la mortalità risultante sarebbe di gran lunga maggiore. Comunque, prendendo in esame i 98 casi di Ames, riguardo al modo d'intervento, troviamo 10 casi in cui venne praticata la gastrotomia e fra questi in 7 si ebbe la guarigione. Nei 22 casi in cui non si praticò la liberazione si ebbero 4 guarigioni e 18 morti. Delle quattro donne salvate, in un caso la rottura ebbe luogo nel 4° mese, in un caso al 6° mese, in un caso nell'8° mese, nell'altro non c'è che l'indicazione *early* (in un periodo precoce). Dunque nessun caso a termine, per cui e il ragionamento e il metodo statistico sono qui d'accordo per farci

(1) *Rupture of the uterus. The American Journal of Obstetrics*, ecc. April 1881.

rifuggire in modo assoluto dell' aspettativa. I casi in cui la liberazione si ottenne con metodi differenti, fatta eccezione della gastrotomia, furono 56: in 18 di essi si ebbe la guarigione, in 38 la morte. Delle 18 donne salvate 8 furono líberate colla versione, 5 colla craniotomia, 2 colla versione associata alla craniotomia, 1 col forcipe, 2 colle forze naturali.

Dalla statistica di Trask e da quella di Ames, riguardo ai casi in cui il feto è passato nel cavo addominale, due fatti sono messi in luce:

1.° che la liberazione della donna in qualunque modo venga eseguita diminuisce la mortalità;

2.° che la gastrotomia è il modo di liberazione il quale ci porge il maggior numero di successi favorevoli.

Ma da questo secondo fatto messo in evidenza dal metodo statistico dovremo noi forse trarne il corollario che in ogni caso di passaggio del feto nella cavità addominale attraverso la breccia uterina si debba ricorrere alla laparotomia? Io non lo credo: certo l' apertura del peritoneo è oggidì accompagnata da pochissimi rischi e di più essa ci offre l'opportunità di fare una esatta toeletta peritoneale, e di opporci più efficacemente alla emorragia se questa è ancora presente. Ma se di emorragia non havvene più, se la breccia è abbastanza ampia da permettere in modo facile ed innocuo l' estrazione del prodotto del concepimento, se il drenaggio è sufficiente a permettere lo scolo dei liquidi che si vanno mano mano raccogliendo, perchè in tali casi non potremo noi ricorrere a tale processo più semplice, più pronto? Certo la gastrotomia permette una toeletta più esatta ma non bisogna dimenticare che è necessario aprire ancora il peritoneo, che è più facile il raffreddamento della massa intestinale e lo shock in una paziente offrente già sintomi gravi di collasso, che infine sarà egualmente conveniente in simili casi l'applicazione del drenaggio come consiglia il Porro (1) di fare perforando l'escavazione utero-rettale. Parmi quindi che, date tali circostanze e data ancora una pelvi normale o poco ristretta, si possa ricorrere alla liberazione per le vie naturali ed al drenaggio senza essere troppo tacciati di correre dietro al nuovo, limitando così alquanto il campo della gastrotomia.

Vediamo ora in qual modo debba essere praticato il drenaggio

---

(1) Complicanze e particolaritá in un caso di rottura spontanea e completa dell'utero. *Annali Universali di Medicina*, 1875.

e da quali norme debba essere diretta la cura consecutiva. Nella casuistica riportata nel citato lavoro di Bandl, nel caso VII, il Prof. Carlo Braun introduceva per 21 ctm. nel cavo addominale al disopra della breccia un tubo di drenaggio e per esso si praticarono immediatamente irrigazioni di acqua calda. La donna nella 6ª giornata soccombeva alla peritonite. Tale drenaggio, che chiameremo alto, venne applicato in parecchi dei casi successivi, facendolo tosto seguire dalle irrigazioni di soluzioni feniche. Tale processo si propone di nettare il cavo peritoneale dal sangue, dal meconio, dalla vernice caseosa che in esso si trovano, e di procurare un libero deflusso ai prodotti consecutivi della peritonite. Il Felsenreich, basato sugli studii di Wegner, di Mikulicz, crede invece superfluo l'alto drenaggio; se i liquidi versati nel cavo peritoneale non sono decomposti, il peritoneo è più che idoneo a riassorbirli senza danno, ed ove si tratti di secreti già settici, il drenaggio anche così fatto non riescirà a scongiurare i pericoli di una rapida diffusione di essi. Nel suo caso egli introdusse quindi il tubo a drenaggio in modo da raggiungere appena la cavità peritoneale, e qui credo opportuno di riportare integralmente le due conclusioni del suo lavoro, nelle quali addita le norme secondo le quali dovrebbe a suo avviso praticarsi il drenaggio.

1. Si scelga un fortissimo tubo di drenaggio e lo si pieghi ad ansa in modo che esso formi due capi egualmente lunghi. Nell'arco di esso da collocarsi in corrispondenza della breccia, deve essere praticata un' apertura così grande che per essa si aprano i lumi di entrambi i capi pur rimanendo questi tra loro collegati e avvicinati l'un l'altro in modo che sia impossibile la formazione di un ponte di tessuto fra i loro due estremi superiori. Nelle lacerazioni molto estese si può praticare il drenaggio in diversi punti. I tubi possono essere cuciti con seta alla commessura posteriore. L' estremo superiore dell' ansa deve raggiungere la breccia e oltrepassare lo strato muscolare di 1 a 2 centimetri.

2. Nei due primi giorni le irrigazioni sono da evitarsi: dopo questo tempo, essendovi già aderenze, esse possono essere praticate regolarmente, in quanto che allora si irriga soltanto lo strato di granulazioni formatosi sul peritoneo e viene impedita la decomposizione, o spontanea o indotta dai lochi, della marcia contenuta nel cavo granulante.

Nel caso da me narrato è a queste norme che io mi attenni

poichè non mi pareva necessario, al libero deflusso dei secreti, introdurre molto in alto il tubo di drenaggio, non avendosi d'altronde nè un limite nè una misura per precisare l'altezza a cui nel cavo addominale dovrebbe introdursi il tubo, ed omisi le injezioni immediate per la tema che queste, provocando la peristalsi intestinale e dilagando per una estensione maggiore o minore nel cavo peritoneale, servissero piuttosto a diffondere maggiormente in questo gli eventuali prodotti settici. Che se in cosa in apparenza così semplice e così ovvia come l'applicazione del drenaggio al trattamento delle rotture uterine, applicazione forse già fatta da altri prima degli ostetrici enunciati senza richiamare l'attenzione del pubblico, mi dilungai così tanto, mi si conceda venia, poichè le cose le più semplici non sono sempre le più studiate e le più meditate.

Il 31 agosto la donna che formò l'oggetto di questa osservazione clinica ritornò a noi per farsi esaminare. Le sue condizioni generali sono grandemente migliorate ed il suo aspetto è veramente florido: il 7 agosto ebbe la mestruazione regolare, senza dolori, della durata di tre giorni: l'utero è in asse, ben involuto e la sua mobilità è appena limitata dall'indurimento cicatriziale che si avverte a sinistra. Dopo il suo ritorno sotto il tetto coniugale ebbe frequenti rapporti col marito, malgrado le nostre raccomandazioni di astenersi per molto tempo dal coito, il che era da aspettarsi, poichè simili raccomandazioni non riescono mai allo scopo, neppure quando si propongano soltanto l'applicazione della massima Malthusiana « *amare e non generare.* » Sinora per altro è sfuggita ad unanuova gravidanza: ma sopravvenendo questa quale può essere il destino della donna, quale dovrebbe essere il contegno dell'ostetrico interpellato nei diversi periodi della gravidanza? Questo problema preoccupò la mia mente dopo aver rivista la donna guarita, e mi parve che potesse offrire un nuovo argomento di studio alla deontologia ostetrica. Già a priori si capisce come il luogo in cui avvenne la rottura sia un *locus minoris resistentiae* e come per conseguenza vi debba essere una grande disposizione alla produzione di una nuova rottura in una gravidanza successiva sotto l'influenza di cause anche più lievi di quelli che agirono la prima volta. E d'altra parte i casi di donne guarite di taglio cesareo e ridivenute nuovamente incinte potrebbero fino ad un certo punto servire di norma. Ma ognuno vede come la bisogna sia ben differente: nel taglio cesareo si

tratta di una ferita inferta *lege artis*, alcune volte riunita diligentemente. Trattandosi di donna gravissimamente viziata essa è sorvegliata in modo speciale, ed il taglio cesareo può rinnovarsi o prima del travaglio o a travaglio appena iniziato. La cosa corre ben differente nei casi di rottura d'utero, nei quali si tratta di breccie vaste ed irregolari, più o meno frastagliate ed alla cui guarigione deve andare di pari passo la formazione di grandi tratti cicatriziali. I pericoli quindi che sovrastano alla donna guarita da una rottura d'utero in una nuova gravidanza devono essere ancora più gravi che nelle donne sopravvissute al taglio cesareo e che di nuovo concepiscono. D'altra parte mentre in queste per la grave sconciatura pelvica, l'aborto ostetrico trova la sua indicazione quasi generalmente ammessa dagli ostetrici, invece nei casi di rottura d' utero se noi li analizziamo dal punto di vista degli ostacoli al parto troviamo come in molti sia possibile il parto spontaneo ovvero la liberazione mediante il forcipe o la versione, in pochi sia necessaria un' operazione embriotomica, e questa evitabile spesso colla provocazione del parto prematuro se l' ostetrico è chiamato in tempo. In molti quindi di questi casi se si accettasse l' indicazione della interruzione della gravidanza prima o dopo che sia raggiunta la vitalità del feto, essa sarebbe basata soltanto sull' idea di evitare alla donna gravida il pericolo di una nuova rottura o per il progresso della gravidanza, o più, per il travaglio a termine. Chè se l' ostetrico fosse chiamato in un caso simile, a travaglio iniziato in gravida a termine, niun dubbio che la sua sorveglianza dovrebbe moltiplicarsi e che dovrebbe esagerarsi nella prontezza dell'intervento specialmente con quei mezzi conservatori o demolitori che si propongono di sostituire la *vis a tergo* mediante la *vis a fronte*. Ma io intendo richiamare l'attenzione degli ostetrici soltanto sul quesito: *se ridivenuta gravida una donna guarita da rottura d'utero convenga interrompere la gravidanza per il solo fatto della rottura antecedente indipendentemente dalle condizioni della pelvi, sperando con ciò di diminuire le probabilità della rinnovazione dell'accidente.* I trattati classici da me consultati sono muti a tale proposito. Pare che il quesito così posto non abbia ancora tentato alcun ostetrico; eppure visto il numero abbastanza grande di guarigioni, quel caso non deve essersi presentato troppo infrequentemente, per quanto le conseguenze stesse della vasta lesione possano ostare ad un nuovo concepimento. A risolverlo converrebbe indagare

nella letteratura ostetrica i casi in cui si è avverato il concepimento consecutivo, e ricercare le conseguenze che se ne ebbero, onde vedere se dalla gravità di queste potesse l'ostetrico credersi autorizzato a seguire una via diversa di quella segnata dall'aspettativa.

Nella letteratura a me accessibile non mi fu dato che di rinvenire i seguenti elementi di fatto, che moltiplicandosi per le ricerche di altri potrebbero servire di base ad una discussione pratica sull'argomento e non avendo potuto consultare le fonti dirette, riporto integralmente, a titolo di documenti, i brani degli autori nei quali si accenna a simili casi.

Corradi Alfonso. — Dell'ostetricia in Italia dalla metà del secolo scorso fino al presente (pag. 970-71).

..... Il caso del Caifassi poi merita speciale menzione, giacchè la rottura successe nella medesima donna, cui tre anni innanzi egli aveva fatto la gastrotomia per estrarre il feto trapassato dall'utero lacerato nel ventre, ed altri tre anni prima, cioè nel 1848, l'operazione cesarea. La gravidanza toccava il 9º mese; il corpo dell'utero, non trovando resistenza nelle indebolite ed assottigliate pareti addominali, s'era tanto piegato in avanti che l'alto suo fondo era basso quanto le ginocchia: ruppesi mentre la donna voleva alzare un vaso pieno di acqua, ed in non più di 11 ore quella era morta. Trovossi nel cadavere che l'utero, tenuto fisso da una pseudo-membrana a guisa di legamento, aveva fatto un semigiro sul proprio asse da sinistra a destra, onde la sua faccia anteriore guardava la fossa iliaca destra; la crepatura erasi formata su lo stesso lato distante un dito trasverso dalla cicatrice lasciata dal taglio cesareo operato sei anni prima ed un pollice sotto l'estremità superiore, la parete dell'utero era in quel punto e nelle parti circonvicine grossa poco più di un foglio di carta reale.

Robert Harris. — If a woman has ruptured her uterus during labor, what should be done in order to save her life.

American Journal of Obstetrics, ecc. October, 1880.

Caso di Rose. — 1ª rottura. Donna irlandese, madre di 2 bambini, 3º parto il 1º giugno 1869: rottura dopo 5 ore di travaglio; versione nell'addome e liberazione: donna guarita.

2ª rottura il 4 aprile 1872 dopo 3 o 4 ore di travaglio, liberata come la volta antecedente e collo stesso risultato.

3ª rottura nel maggio 1872 (certamente è qui incorso un errore di data) dopo 2 ore di travaglio. Non fu vista dal Dott. Rose che due giorni più tardi: versione come le due volte antecedenti, mentre già la pelle del feto si sfaldava; guarigione.

4ª rottura il 28 febbraio 1876 con passaggio del capo del feto nel cavo addominale. Estrazione, guarigione.

Ames (l. c.) — Nella tavola in cui riunì i suoi 98 casi, trovo accennati i due seguenti:

1.º Rank. *Abst.* Vol. II, 1866. — IXpara, d'anni 37, gravida a termine: parti antecedenti normali: la testa del feto era al perineo; alla pressione risaliva nel cavo addominale: l'accidente avvenne dopo 24 ore di travaglio, e dopo la rottura il feto trovavasi nel cavo addominale assieme alla placenta. Gastrotomia. La lacerazione trovavasi al fondo diretto della parete anteriore alla posteriore. Bambino morto, madre guarita; 11 giorni più tardi divenne nuovamente incinta e dava alla luce un bambino sano (a healthy child).

2. Dyer, *Brit. Med. Journ.* Vol. II, 1868. — IVpara, d'anni 37, gravida a termine, parti antecedenti normali. Feto passato nel cavo addominale colla placenta. Gastrotomia ore 4 e mezza dopo la rottura. Non accennata la posizione della lacerazione. Bambino morto: madre guarita, dopo divenne gravida parecchie volte.

Wenzel. — Three cases of rupture of the uterus.

(*The American Journal of obstetrics*, ecc. april 1882).

Due di essi spettano alla serie da noi studiata ed appartengono rispettivamente ai signori Marston e Moore.

1.º Rottura dell'utero in 2 travagli successivi: guarigione completa dopo il 1º accidente; la seconda volta rottura attraverso la parete sinistra della cervice ed il corpo e morte poco tempo dopo; probabilmente la seconda rottura avvenne nella stessa posizione.

2.º Rottura longitudinale della cervice e del corpo in due travagli successivi: guarigione. La seconda rottura occorse nel campo della prima cicatrice.

Sono questi i casi spettanti alla letteratura moderna che vennero a mia conoscenza; ad essi potrebbero aggiungersi tutti quelli in cui la rottura avvenne sulla linea di cicatrice residua al taglio cesareo praticato antecedentemente. Come appartenenti alla letteratura meno recente si potrebbero citare i casi di Underwood (citato da Gardien, T. III, pag. 97 e notevole per il fatto che la gravidanza successiva alla guarigione dell'accidente fu extrauterina), di Frizel (citato da Capuron, traduzione italiana di Bianchi, pag. 251, parto spontaneo nella gravidanza successiva), di Lambron che operò successivamente due volte la gastrotomia (citato da Baudelocque, T. II, pag, 511), di Lassus (citato da Asdrubali, T. IV, pag. 121, due rotture consecutive con guarigione, parto spontaneo nella gravidanza successiva alla seconda rottura).

Ma dai casi citati per quanto non in numero abbondante traspare la conferma che l'esperienza clinica fa dei risultati del ragionamento, la donna guarita da una rottura di utero essere cioè minacciata seriamente in una nuova gravidanza dalla ripetizione di questo terribile accidente. Nè a rendere meno seria tale minaccia giova il fatto che alcune di queste sventurate hanno superato ripetutamente la triste prova, poichè il clinico nè potrebbe nè dovrebbe fare a fidanza con sì straordinaria fortuna. In ciò sta la ragione del quesito che mi sono antecedentemente proposto, al quale si potrebbe premettere quest'altro per la serie dei casi in cui si giudica conveniente fare la semplice gastrotomia: *praticando la gastrotomia per rottura d' utero converrebbe farla seguire dalla ovariotomia normale onde isterilire la donna?* Ma questi due quesiti che implicano la seria ponderazione di tanti elementi, io non ho avuta la pretesa di risolvere in un senso o nell'altro, ma soltanto di sottoporre alla discussione degli ostetrici.

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Volume IV. Dicembre 1882 N. 12.

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

UN CASO DI EMATOCELE PERIUTERINO

STORIA CLINICA

DEL

DOTT. ARTURO BOMPIANI

Assistente all'Istituto Clinico Ostetrico e Ginecologico della R. Università di Roma
diretto dal Prof. Ercole Cav. Pasquali

Vista la rarità dei casi di ematocele periuterino ammessi senza contestazione dagli autori più competenti, credo meriti di essere ricordato il seguente, che mostra il carattere della malattia in discorso in modo così evidente da non ammettere dubbio alcuno.

È inviata alla nostra Clinica ginecologica B.... Angela di Monterotondo, con diagnosi di tumore addominale. All'esame che si fece nell'ambulatorio — senza anestesia — non ci riuscì di riscontrare tumore, soltanto notammo un utero aumentato di volume e poco mobile, di consistenza maggiore dell'ordinaria ed alquanto raddrizzato: tuttavia riservato un esame ulteriore è accettata e messa al N. 3 della Sala clinica ginecologica il 13 febbraio corrente.

Ci narra che nacque da genitori che ancor vivono e godono ottima salute, e non ebbe malattie d'infanzia. Fu mestruata la prima volta a 17 anni, il sangue durava dai quattro ai cinque giorni, preceduto da pochi dolori, abbondante ed a tipo mensuale regolare. Un anno dopo avviata la mestruazione ebbe uno spa-

vento così intenso che cadde inferma con febbre, dolori addominali, catarro intestinale e metrorragia che seguì a breve distanza dal regolare deflusso mensuale. Dopo alcuni mesi si riebbe; ma non andò a lungo che fu presa dalla infezione malarica, della quale portò la febbre a tipo intermittente per circa tre anni; ne sofferse tale denutrizione che per parecchi mesi fu priva di mestruazione. A 22 anni, bene ricostituita, andò a marito. Ebbe alternate con due aborti, due gravidanze; queste ebbero un decorso fisiologico, terminarono con parti felici e furono seguite da normali puerperii ed allattamenti prolungati; degli aborti l'uno al terzo, l'altro al sesto mese, l'ultimo fu seguito da febbri e dolori addominali che tennero inferma la paziente per circa due mesi. Le sue abitudini di vita sono l'azienda domestica ed i lavori campestri, nei quali ultimi però essa assicura non essersi mai molto affaticata.

Quattro mesi or sono sorpresa da dolori addominali, febbre ed emorragia, fu esaminata dai medici locali che constatarono un tumore addominale. Con il riposo parve quietarsi tutto, ma due mesi più tardi tornarono i detti fenomeni. Allora fu consigliata di recarsi a questa Clinica.

È dessa una giovane di 27 anni bene nutrita, con sani gli organi del torace, e alquanto aumentato il volume della sola milza tra gli organi dell'addome, in tutto l'ambito del quale si ha una risonanza intestinale normale; soltanto a cinque cent. al disopra della cresta pettinea destra si ha ottusità alla percussione, e la palpazione nota la resistenza di un tumoretto poco mobile. La ispezione genitale dà normale l'aspetto dei pudendi esterni e scopre la secrezione non molto abbondante di un catarro muco-purulento. Il riscontro vaginale fa sentire la parete posteriore della vagina leggermente abbassata e convessa nella sua metà inferiore, il collo dell'utero un poco rialzato, portato nel mezzo del canale e discretamente duro. Combinandovi la palpazione addominale si avverte che il tumore percepito al disopra del pube è il fondo dell'utero, esso pure ingrossato, sollevato e raddrizzato dalla sua normale anteflessione; la sua mobilità è di molto ridotta. Tale esame senza anestesia non riesce doloroso, se non premendo nel fornice vaginale posteriore, che ha perduto molto della sua concavità, e dietro al quale si sente in modo uniforme un corpo resistente. L'esame allo speculum mostra l'ingrossamento del collo e catarro di muco pus che n'esce dall'orifizio esterno. La sonda

che vi penetra per otto centimetri trova l'utero anteposto, sollevato e tanto raddrizzato da dovere diminuire la curva normale dello strumento per potervelo introdurre fino al fondo.

Dopo tutto questo esame si ritiene di avere a fare con essudati fibrinosi residui di una pelvi-peritonite limitata alla piega del Douglas, forse insorta dopo il secondo aborto, e con un utero conseguentemente iperplastico da subinvoluzione ed endometrite cronica attuale. Si propone quindi una terapia risolvente basata specialmente sul riposo della donna.

Le sue mestruazioni solevano accedere alla metà d'ogni mese: il 14 ed il 15 febbraio la inferma fu agitata da bolo isterico, vampe passeggiere di rossore e calore al volto, che al dire della paziente lasciavano cefalea al centro del sincipite, di più ne restava spossata con senso di cardiopalmo. Per il resto riferisco il diario.

16 febbraio:

1 pom. T. 40°, P. 110
8 pom. » 40°, » 110.

Nella notte ha perduto un poco di sangue dai genitali. Stamane soffre di intensa cefalea centrale.

All'1 pom. l'assalgono brividi di freddo intensi e prolungati. Dolori ipogastrici che si accentuano alla palpazione soprapubica, ove si sente il tumore uterino. Il ventre si fa meteorico e si tende. Continua ad essere scarsa la perdita di sangue dai genitali.

17 febbraio:

8 ant. T. 40°, P. 110.
8 pom. » 40°, » 116.

Ha passata una notte inquieta per dolori addominali e cefalea. Il sangue dai genitali aumenta. Meteorismo, coprostasi ieri ed oggi, lingua biancastra, anoressia. Accusa di tanto in tanto di perdere la vista e di sentire un prurito quasi pungente su tutta la cute, che le dà molta inquietezza.

18 febbraio:

8 ant. T. 38°, 5′, P. 96.
8 pom. » 39°, 3′, » 96.

Il sangue aumenta dai genitali; la cefalea si fa più intensa. Dolori addominali colici vaganti; verso sera dolori intensi e fissi all'ipogastrico. Comincia iscuria, l'urina è di colore rosso intenso e carica di sedimenti. Molte scariche diarroiche con lombricoidi; ogni scarica è scarsa ed è seguita da tenesmo rettale e pondo perineale. Anoressia e lingua impaniata. Ha un senso di rilassatezza generale, risponde poco e di malavoglia. Ghiaccio a permanenza sul ventre.

19 febbraio:

8 ant. T. 38°, 5′, P. 96.
3 pom. » 40° —
7 pom. » 40° —

La cefalea è alquanto diminuita nel mattino, il morale dell'inferma pare alquanto sollevato. La lingua è ancora impaniata ma è molle ed ha rossi i contorni; ha ancora molta sete e le scariche diarroiche continuano. Il mitto urinario è frequente e doloroso. Il ventre non duole spontaneamente ma è molto sensibile a pressioni anche leggiere nelle fosse iliache e nella regione soprapubica. La perdita di sangue aumenta e dolori espulsivi fanno cacciare di vagina coaguli della grossezza di un pugno. All'1 pom. brivido intenso e prolungato, e le condizioni dell'inferma subito si aggravano; si accentuano specialmente i dolori addominali.

Tenuto conto delle pregresse febbri e del luogo di provenienza le si somministra larga dose di solfato di chinina. Ghiaccio sul ventre. Brodi consumati e vino di Marsala.

20 febbraio:

7 ant. T. 39°, 3′
3 pom. » 40°, 7′, P. 120, R. 34
7 pom. » 40°,— » 120.

Abbondante scarica diarroica nella notte. Cefalea, stupore, rilassatezza generale. Pomelli arrossati. Lingua secca, aridità delle fauci, anoressia assoluta, ventre chiuso. Respiro frequente e penoso, dolore acuto all'ipocondrio destro ed alla scapola destra: nulla si riscontra a carico del petto. Diminuiti i dolori ipogastrici ma il tenesmo vescicale è tale da richiedere il cateterismo senza del quale non è più possibile l'emissione della minima quantità di urina. Il sangue dai genitali aumenta.

21 febbraio:

7 ant. T. 40°, 4′, P. 110
4 pom. » 40°, 6′
7 pom. » 40°, 4

Tre scariche diarroiche nella notte. Cefalea intensa, faccia stupida; pomelli intensamente arrossati. La sete è diminuita, la lingua è più molle. Il ventre non duole ed è molle al palpamento. Oggi soltanto si può sentire distintamente un tumore che occupa il mezzo dell'ipogastrio e della regione ombellicale, che sorge dal piccolo bacino coprendo all'indietro l'utero sorpassandolo in alto e lasciando i contorni nettamente distinti in avanti. La consistenza del tumore è molle ma non fluttuante. La risuonanza è timpanica ai contorni del tumore ed ottusa nell'area di questo; nella metà superiore della quale area, se la percussione sia leggiera, si continua ad avere risonanza ottusa, se invece la si faccia più forte la risonanza si fa timpanica e discretamente chiara, ciò che fa supporre non essere il tumore molto spesso dall'avanti allo indietro. Esso misura nella linea verticale sulla sinfisi pubica 15 ctm. e nella trasversale a metà altezza 12 ctm. L'utero si sente sempre con il fondo a destra della linea alba e 6 ctm. al disopra della cresta pettinea. Continua la perdita di sangue. Lo stesso trattamento generale e locale.

22 febbraio:

7 ant. T. 40°,— P. 120
3 pom. » 41°,— » 120
7 pom. » 40°, 7′

Notte inquieta per l'aumento di cefalea e molte scariche alvine, diarroiche e verdastre. Il polso è frequentissimo, irregolare, piccolo e sfuggevole.

Il rossore dei giorni precedenti è mutato in un estremo pallore, le forze sono al massimo di prostrazione. La inferma risponde solo per cenni.

Ha cambiato completamente fisonomia: le occhiaie si sono infossate, stirati i tratti naso-labiali, pallidissime le mucose congiuntivali e buccale. La vescica urinaria non può più emettere spontaneamente una stilla di liquido, e sovrariempita si disegna a contorni netti, come un secondo tumore fluttuante, sporgente al disopra dell'altro tumore. Cateterismo. Diminuisce la perdita di sangue dai genitali.

La vulva è alquanto aperta nella sua metà posteriore e fra le sue labbra sporge, come nel rettocele vaginale, la metà inferiore della parete posteriore di questo canale. Parete che si sente ugualmente abbassata e sporgente alla esplorazione con il dito che trova il fornice posteriore convertito in un tumore convesso in basso e resistente: il collo si sente spinto in alto e in avanti, così che pare fissato al margine superiore e posteriore della sinfisi pubica. La sonda penetra nell' utero soltanto quando se ne porti il manico molto indietro, constata l' anteposizione e l' aumento di cavità, 9 ctm. La tumefazione che si sente nel fondo vaginale posteriore fa corpo con il tumore che si palpa attraverso alle pareti addominali; la sua consistenza è tesa e leggermente elastica. Dopo di che l'egregio Prof. Pasquali conferma la propria diagnosi di *ematocele retrouterino extra-peritoneale.*

Alle 4 pom. si ripete il cateterismo e nella donna si risveglia un dolore nella regione della fossa iliaca destra. Il ventre torna ad essere meteorico. L' inferma manda sempre un piccolo lamento ed ha un respiro frequente. Perde sangue in discreta quantità. Non ha avuto scariche alvine. — Continuazione del ghiaccio sul ventre.

23 febbraio:

7 ant. T. 40°, 4′, P. 124, R. 26
6 pom. » 40°, 5′, » 126, » 26
8 pom. » 40°

Nella notte e stamane è inquieta per intensa cefalea (ghiaccio al capo). Il polso è piccolo, frequente, dicroto e debolissimo; il respiro è meno affannoso di ieri e l' aspetto è un poco più sollevato, sebbene il dimagrimento rapido ed il colore giallo terreo in pochi dì ne abbiano cambiato la imagine del volto. La lingua si mantiene sempre tremula, molto impaniata nel mezzo, arrossata ai margini ed umida.

Non ha più avuto scariche alvine, ma ha tenesmo con invito alla defecazione senza poterla compiere. Il ventre si è appianato, fatto molle ed indolente anche al palpamento. Prende poco brodo, ama soltanto vino di Marsala ed acqua di Seltz. Cateterismo uretrale che mostra paralisi del detrusore perchè dell'urina si evacua solo quella che per gravità è spinta in basso, il resto non è espulso se non pigiando in tutto l' ambito vescicale sull' ipoga-

strio. L'orina ha un colore sanguinolento con abbondante quantità di muco, odore ammoniacale, reazione alcalina. La perdita di sangue dai genitali è più scarsa. Nel pomeriggio la cefalea è cessata.

24 febbraio:

7 ant. T. 40°, 1, P. 110, R. 28
1 pom. » 40°, 4′, » 120
8 pom. » 40°

La inferma ha passato una notte inquieta; manda un continuo gemito ed è in preda ad un'ambascia come di chi non può respirare. Il ventre è ancora molle e trattabilissimo e la pressione delle dita resta per qualche tempo nella pelle dell'ipogastrio e delle fosse iliache.

L'edema in quelle parti appena accennato è un po' più evidente nei genitali esterni.

Il cateterismo è sempre doloroso e difficile. Il fornice posteriore vaginale è tanto abbassato da fare procidenza fra i labbri vulvari.

Scarsa è la perdita di sangue dai genitali.

25 febbraio;

8 ant. T. 39°, 5′, P. 110
12 mer. » 40°, 5′
4 pom. » 40°, 5′
8 pom. » 40°, 1′

Notte più tranquilla e riposo verso il mattino. Ha cessato il gemito dei giorni passati e l'aspetto è meno sofferente: i pomelli non sono più arrossati. Nella mattina ha avuto le prime tre scariche alvine, sciolte, scarse e nerastre accompagnate da tenesmo rettale. Mancano del tutto i dolori addominali. Si continua con il cateterismo a vuotare la vescica di una urina, che si fa in quantità sempre più abbondante, conservando molta la quantità di muco e forte l'odore ammoniacale. La procidenza vaginale posteriore progredisce; scarsa è l'emorragia dai genitali.

26 febbraio:

7 ant. T. 39°
7 pom. » 40°

27 febbraio:

7 ant. T. 39°, P. 110
12 mer. » 40°, 2′
7 pom. » 40°

28 febbraio:

7 ant. T. 38°, 3′
2 pom. » 39°, 4′
7 pom. » 39°, 2′

Le scariche alvine si fanno sempre più abbondanti in numero e quantità, sono fetidissime, nerastre, sciolte ed accompagnate da fiocchi di mucco abbondanti. Il mitto urinario comincia a farsi spontaneo, ma frequente, con poca quantità di urina per ogni emissione e l'urina è intensamente ammoniacale; lavande vescicali con leggiera soluzione fenicata tiepida. Il tumore addominale si è abbassato di un buon dito trasverso, ma la consistenza ne è aumentata. Non perde sangue dai genitali. Il riscontro addomino-vaginale combinato non trova notevol differenze dall'ultimo esame fatto.

1 marzo:

7 ant. T. 38°, 5′
7 pom. » 38°, 9′

Nella notte ha avuto moltissime scariche alvine sciolte e giallastre, oggi sono pure abbondanti ma di un colore rosso scuro come feccia di vino rosso. La lingua è molto ripulita, le forze ancora stremite, la inferma non appetisce alcun cibo. Completamente scomparsi la cefalea ed i dolori addominali. Cessata l'applicazione del ghiaccio.

2 marzo:

7 ant. T. 38°, 5′
7 pom. » 38°, 5′

3 marzo:

7 ant. T. 38°
7 pom. » 37°, 5′

Le scariche alvine si seguono profuse, sciolte e sanguinolenti; il tumore si riduce sensibilmente di volume, la sua superficie

convessa anter. ora è pianeggiante ed in parte è coperta da anse intestinali; l'altezza totale del tumore attualmente non supera le sei dita trasverse al disopra della sinfisi pubica. La vescica e l'utero sono ancora molto al disopra della cresta pettinea.

Dall'esplorazione vaginale la parete posteriore non sporge più in basso, il fornice posteriore è meno convesso e ciò che lo sospinge dalla piega di Douglas ha una consistenza pastosa, non più elastica come nei giorni innanzi. Il collo dell'utero è grosso, duro e portato un poco verso il centro della escavazione. Cessata la metrorragia.

Nei giorni successivi la temperatura resta al normale, le notti passano tranquille, l'aspetto della paziente migliora, e di giorno in giorno si fa più avida di nutrimento; dopo cinque giorni le scariche alvine si fanno regolari per qualità e consistenza. Il mitto si segue facile.

12 Marzo. Il tumore addominale si va perdendo e la percussione dà una risonanza quasi ovunque timpanitica sul ventre, tranne una piccola area al di sopra del pube ed a destra, occupata dall'utero. Il cul di sacco vaginale posteriore è tornato quasi al normale, al di sopra di esso si sente un essudato duro ma limitato a sinistra della piega del Douglas; il collo dell'utero è al centro della escavazione ed il fondo sta ancora a due dita al di sopra della sinfisi pubica e a destra.

1 Aprile. Alla metà del mese passato non ha avuto la mestruazione; l'utero è divenuto mobile, anteflesso a pareti ispessite, con cavità piccola mill. 56, e secerneva abbondante flusso mucoso nei giorni passati. Oggi è presa da febbre effimera e le compare la mestruazione; questa durò per otto giorni con copiosa perdita di sangue. Completamente ricostituita, l'inferma lascia la sala senza sensibili disturbi locali; le restano soltanto alcuni fenomeni isterici quali il bolo faringeo, vampe o fumi e vari conati al vomito se non abbia la precauzione di ripetere spesso piccoli pasti.

Ripeto che ho stimato degno di menzione questo caso, perchè la letteratura dello *ematocele periuterino* vuole essere ancora accresciuta di fatti bene constatati e particolareggiati nella loro storia clinica, affinchè non si possa revocarne in dubbio la esistenza. Se lo Scanzoni asserisce averne riscontrato due soli casi in venti anni della sua pratica e lo Schröeder ne stabilisce la frequenza al sette per mille, bisogna ben dire che codesta con-

tingenza morbosa sia difficile a constatarsi per veramente tale; e se a detta di questi autori, che posseggono un materiale stragrande, le statistiche nelle quali essa malattia trova una cifra di frequenza maggiore, sarebbero poco esatte, bisogna ritenere che i casi registrati possano ammettere dubbi sulla verità della diagnosi. Ed infatti credo che molti dubbi possano sorgere quando s'ha da fare con un ematocele di cui già sia passato il periodo acuto di versamento di sangue, quando cioè si sia in presenza di una raccolta di sangue incistata. Allora la sua diagnosi differenziale con una essudazione tenue intraperitoneale saccata si rende estremamente difficile, perciò che la diagnosi fisica soccorre con poco netti caratteri distintivi ed i dati anamnestici non sono molto esatti e quindi poco attendibili, quando ci sono fornite da rozze e passionate persone che ne sono affette. Tale è la condizione di quelli che dirigono numerosi ambulatori: si presentano donne che portano con loro i relitti di un ematocele o lo stesso ematocele, ma in tale stato che non incomoda più se non per il peso ed il volume del liquido insaccato nel cavo pelvico e nell' addominale. Mentrechè l' ematocele nel suo insorgere è più facilmente osservato da medici che tengono la direzione di sale per malattie interne a decorso acuto. Da questi deve portarsi un contingente clinico affinchè della infermità in discorso possono stabilirsi con certezza la frequenza, la intensità e specialmente gli esiti.

Raramente si è in diritto di aspettarsi da una forma morbosa in un solo individuo tanti caratteri distintivi riuniti da formarne un quadro così completo come per avventura si poterono in questo caso osservare. Ragione per cui, a costo di andare un po' per le lunghe, volli riferire tutto il diario.

V' ha il momento etiologico: spavento seguito da metrorragia prima, l' aborto seguito da pelvi-peritonite limitata poi; almeno tale è da supporre che sia stata la malattia febbrile con dolori addominali dalla quale fu obbligata al letto per due mesi. Da questo processo la neoformazione di briglie connettivali tra utero e pareti laterali e posteriori del bacino; di qui la predisposizione a varici dei plessi venosi dei legamenti larghi, la più facile rottura di qualche vaso, e la distensione di dette briglie al di sopra del sangue versato e la formazione di saccoccie che impediscono al sangue di spandersi uniformemente nel cavo addominale. Forse un pregresso ematocele poco voluminoso avvenuto quattro mesi

avanti il nostro esame, constatato per tumore addominale, può essere stato una predisponente alla formazione di questo così grande versamento di sangue.

Il decorso della malattia è caratteristico: l'insorgere improvviso dei fenomeni all'epoca mestruale con abbondante e profusa perdita di sangue, la celere ed intensa elevazione di temperatura, dolori addominali nel primo periodo del versamento sanguigno; che rapidamente è arrivato ad essere copioso e dà un quadro completo di anemia acuta; la palpabilità del tumore formatosi, i suoi confini nettamente disegnati; la sua consistenza; la costanza di temperatura elevata nel periodo di irritazione peritoneale ed il collasso generale e lo stupore che sono altra manifestazione di tale irritazione; il periodo di calma che segue dopo l'incapsulamento del sangue e che si manifesta con un ventre trattabile; i caratteristici cambiamenti di posizione dell'utero, le compressioni della vescica al collo e dell'S iliaca del colon; finalmente la perforazione intestinale con vuotamento del sangue versato, constatato nelle feccie, e la contemporanea riduzione rapida di volume del tumore parlano tutti per un ematocele periuterino. — Infatti la malattia unica che potesse confondersi con la nostra nel suo decorso acuto, non sarebbe che la pelvi-peritonite essudativa saccata la quale sorge nella piega utero-rettale e cresce nel cavo addominale. Ma questa veramente è una forma rara, e sebbene lo Schröeder (1) ne porti una figura che è identica a quella dello schema di uno ematocele periuterino, in esso però si trova un carattere distintivo fra le due malattie: nell'ematocele l'utero è sospinto in alto ed in avanti ma i suoi margini sono sempre liberi e riconoscibili ad un palpamento accurato perchè il sacco che tiene il sangue sposta l'utero ma non lo circonda; allo incontro nella pelviperitonite e specialmente se di rapida formazione gli essudati circondano tutto l'utero ed i suoi margini non saranno così di leggieri riconoscibili. Di più la consistenza elastica tipica di una saccoccia rapidamente riempita e tesa da un liquido non si riscontra così presto e facilmente in un sacco con essudato peritoneale; perchè, se l'essudato è tenue di raro è a formazione rapida e dà il senso di ondulazione, se esso consta di

---

(1) *Malattie degli organi sessuali della donna*, pag. 379, trad. Berruti Rasari, 1880.

fiocchi fibrinosi o di pus, nel qual caso può versarsene molta quantità in poco tempo, la consistenza o è pastosa o è fluttuante. Ma allora si aggiungono altre differenze più notevoli: il processo d'infiammazione peritoneale per siffatta essudazione di raro si limita in breve spazio, ma di frequente si diffonde e la temperatura si alterna tra forti elevazioni sempre crescenti e lievi remissioni ed il ventre si fa sempre più dolorabile; nell' ematocele all'incontro ove il versamento di sangue tende membrane che lo circondano che erano già formate, dopo la prima irritazione del peritoneo succede la calma ed il ventre è trattabile, e tale fu il caso nostro.

Gli altri caratteri poi hanno tale una spiccata evidenza che non richieggono ulteriori schiarimenti.

Per riguardo alla cura il nostro caso mostra che salvo circostanze imponenti, la puramente aspettativa è la più prudente. Fu dato il ghiaccio internamente ed esternamente e per abbassare la temperatura generale e per arrestare o rallentare l'emorragia interna, ci limitammo a sostenere le forze della inferma con eccitanti, salvo a ricostituirle poi appena riordinate le funzioni del tubo digerente.

Che tale metodo di cura sia il più prudente astenendosi da un intervento se non urgentemente richiesto lo confermano le seguenti conclusioni del Prof. Schröeder che gli udii fare e che annotai, nella lezione clinica del 5 luglio di questo anno all' Ospedale della Charité: « Per quanto riguarda la cura, prima dell'êra » antisettica sarebbe stato un errore colossale aprire gli emato- » celi o per incisione o per punzione vaginale, ma seguendo le » leggi scrupolose del metodo Listeriano, si può incidere o pun- » gere il cul di sacco vaginale riempito dalla raccolta di sangue, » irrigare con soluzioni fenicate il cavo dell'ematocele e stabilirvi » persino un drenaggio. Però la chiusura delle praticate ferite » vaginali, la retrazione delle pareti dell'ematocele e la cessazione » della loro suppurazione richiede un lunghissimo tempo, forse » più lungo di quello che v'impieghi il riassorbimento sponta- » neo ». Ed in prova citò due casi nei quali fu costretto a pungere indotto nel sospetto che vi si fossero formate raccolte purulenti, da elevata temperatura a lungo protratta: in questi casi occorsero molti mesi, prima che le inferme fossero guarite localmente e ristabilite nel generale. Aggiunse infine che la esperienza clinica ha dimostrato che il riassorbimento è sempre possibile,

epperò consigliò di affidarne la guarigione alla natura dandole come ausiliarii il riposo e l'uso di risolventi interni ed esterni. Nel fatto nostro non si ebbe una risoluzione ma un vuotamento per apertura della saccoccia sanguigna nello intestino.

Terminata questa storia ho avuto dalla gentilezza del Dottor G. B. Marta, Assistente alla Clinica Ostetrica di Venezia il dono del suo pregevole lavoro sull'ematocele periuterino (1). In questo studio ove il Collega di Venezia fa un'accurata esposizione storica della letteratura della malattia in discorso si trovano anche narrati due casi a lui occorsi. In ambedue, non ostante che uno già si fosse aperto per il retto egli fece la incisione vaginale e n'ebbe splendido risultato con celere guarigione. Dei due casi però egli studia molto ingegnosamente di stabilire la sede estraperitoneale, la quale si può supporre offra meno pericoli dopo un'apertura artificiale. Da una corrispondenza epistolare del Professor Pasquali apprendo che da luglio ad oggi ha avuto in cura altri tre casi di ematocele periuterino, dei quali due dovette pungere per minaccia di diffusione di processo infiammatorio a tutto il peritoneo mentre il terzo è lasciato al tempo, al riposo e ai mezzi risolventi. Dei due uno ebbe un grave decorso anche dopo la punzione ma potè essere salvato e siccome v'ha una particolarità di trattamento, riporto alcune linee del sullodato Professore: « Fu molto interessante, perchè essendosi dovuto eseguire » il vuotamento, pur seguendo i precetti del Listerismo, se ne » ebbe infezione, con febbre a 41.° 5′ continuata per più giorni. » Le injezioni di liquido fenicato al 5 % ripetute di quattro in » quattr'ore, se valsero a modificare la causa infettante, non im- » pedirono il passaggio alla purulenza che insorse grave e che » solo dalla injezione pura di tintura di jodio fu combattuta. La » paziente fu congedata sana il 15 agosto p. p. (Era entrata in » cura ai primi di luglio). L'altro caso, tuttora ricoverato nel- » l'Ospedale fu punto quattro giorni or sono e sembra piegato » al buono; e quello di città, accenna a risoluzione sotto l'azione » dei bagni caldi con l'aggiunta dei sali di Castrocaro ».

---

(1) *Studi clinici sull'Ematocele periuterino* pel Dott. G. B. Marta, Assistente alla R. Clinica Ostetrica di Venezia, già chirurgo ostetrico anziano dello spedale civile generale.

DI UN
BACINO CIFOTICO CON CARIE ILEO-FEMORALE

NOTA

del Dott. PAOLO NEGRI

Medico 2° Assistente nella R. Scuola Pareggiata di Ostetricia in Milano
diretta dal Prof. Cav. DOMENICO CHIARA

Nel registro clinico della Maternità di Milano per l'anno 1858 trovo segnati i seguenti fatti relativi alla ricoverata N. 60.

« Accolta il 10 febbraio. — N. N., cucitrice, di anni 23, gracile, primipara, gravida nell'8° mese, ebbe l'ultima mestruazione in giugno u. s., avvertì i moti attivi cinque mesi dopo in alto ed a destra. Prima della gravidanza ebbe a soffrire frattura della gamba destra e cifosi — durante la gravidanza, bronchite. — Il parto si compì il 9 aprile alle 9 pom. Parte presentata vertice, 1ª posizione — durata del travaglio, prima dello scolo delle acque, ore 6 ½, dopo lo scolo delle acque ore 14 ½. — Gravidanza semplice a termine. — Parto strumentale per riduzione diametrica allo stretto inferiore — forcipe sega, uncino acuto, uncino ottuso, pinzetta di Davis — fu estratta una femmina pesante libbre 5, oncie 7. — La puerpera morì il 13 aprile per metro-peritonite. »

E nel *Catalogo del Gabinetto anatomo-patologico della R. Scuola di Ostetricia in Milano* (1), opera faticosa del compianto dottor Francesco Agudio, alla pagina 30, alla pelvi segnata col N. 143, così si legge:

---

(1) Milano, Tipografia di Domenico Salvi e C., 1862.

« Pelvi con porzione di colonna vertebrale munita di otto vertebre inclinate in avanti ed a destra e dell' altezza di pollici 4,3 (0^m, 11,5), delle quali le ultime quattro lombari formano colle loro apofisi spinose una convessità della lunghezza di pollici 3,3 (0^m,08,8), ed appaiono in avanti e lateralmente fuse insieme coi loro corpi offrendo uno spessore di sole linee 6 (0^m, 01,3); l'apertura superiore ha una forma ovale dall'avanti all' indietro, il sacro è poco ricurvo, l'osso innominato destro più piccolo e sottile del sinistro, e la cavità cotiloidea destra è distrutta da carie con ampia incavatura che apresi con tre fori alla parte interna dell' ileo, di cui uno della grandezza di quasi un pollice osservasi sulla fossa iliaca; altre aperture inoltre notansi sul margine anteriore dell' ileo e sulla sua faccia posteriore che presenta un rigonfiamento corrispondente al bordo esterno di detta cavità: la metà superiore del femore che vi aderisce è assai sottile, ed il suo capo, collo e trocantere sono quasi totalmente scomparsi, la cavità cotiloidea destra è introflessa, e le ossa pubi, delle quali il destro è più basso del sinistro, sono congiunte ad angolo acuto coll'arco avvicinato dell'altezza di pollici 1,4 (0^m, 03,6). Appartenne al N. 60 dell'anno 1858.

Tale è la parte storica del bacino che diede origine alla presente nota: se io ritorno sopra un pezzo anatomico che si può già considerare di pubblica proprietà, essendo stato così descritto dal Dott. Agudio, è perchè mi sembra che esso presenti qualche cosa di veramente notabile e che valga la pena di soffermarsi alquanto sulle particolarità che offre allo studioso. Nè con ciò credo di far torto in modo qualsiasi all'opera del Dott. Agudio: è ovvio che nell'arduo lavoro di descrivere quanto si conservava nel Gabinetto della Scuola a Lui certi particolari dovessero sfuggire; e non si deve d'altra parte dimenticare che certe considerazioni su questo bacino non erano permesse e dalla natura della sua pubblicazione, e dall'altro importante fatto che lo studio di certe deformazioni pelviche è in gran parte posteriore a quell'epoca.

Mosso da tali ragioni domandai all' egregio mio maestro il Professor Domenico Chiara il permesso di nuovamente descriverlo; gentilmente accondiscese colla sua nota liberalità per tutto quello che si riferisce al materiale clinico-scientifico della Scuola da Lui diretta: voglia qui accogliere pubbliche grazie.

I.

Il bacino che sto per descrivere fu preparato a secco previa macerazione: mancano in conseguenza tutte le parti legamentose e le singole porzioni ossee stanno artificialmente riunite mediante fili metallici; esso risulta di: porzione di colonna dorsale (parte della X vertebra, XI e XII dorsale) della colonna lombare, del sacro, del coccige, delle due ossa iliache e di circa la metà del femore destro. Facciamo ora una rapida descrizione di queste singole parti.

La porzione di *colonna dorsale* esistente risulta fatta da vertebre normali: tale è pure la *prima lombare:* la 2ª, la 3ª, la 4ª e 5ª si possono invece considerare come ridotte a poco più della metà, e cioè mentre di esse esiste in modo completo la parte anulare (arco vertebrale), è in gran parte scomparso invece il corpo, o meglio i quattro corpi sono rappresentati da una parte ossea irregolare alta complessivamente mill. 14. Tale corpo rappresenta una specie di cuneo coll' apice all' avanti, la base all'indietro. Gli archi vertebrali poi della 2ª, 3ª e 4ª lombare sebbene non presentino particolari alterazioni anatomiche, tuttavia sono fra loro fusi.

La fusione dei corpi vertebrali non si compiè però in modo simmetrico, e cioè la colonna soprastante subì un moto contemporaneo di *abbassamento* e di *scivolamento con lievissima torsione a destra,* per cui ne risultò: *primo* che l'asse verticale della porzione esistente di colonna non coincide esattamente con l' asse longitudinale del sacro, ma passa alquanto alla destra di questo; *secondo* che la faccia anteriore dei corpi vertebrali guarda lievemente verso l' osso iliaco destro; per lo stesso moto di scivolamento e torsione a destra ne risulta che mentre a sinistra i residui dei corpi vertebrali (4 ultime lombari) si uniscono disponendosi quasi ad irregolare gradinata, a destra invece sporgono alquanto all' esterno ed al disopra della faccia articolare del sacro.

Conseguenze di tutto ciò sono: il *cambiamento avvenuto nella direzione della colonna lombo-dorsale* (lievemente inclinata dall'avanti all'indietro ed a destra) ed una *singolare curva e convessità posteriore* segnata da una linea tirata per i processi spinosi delle vertebre 10ª, 11ª, 12ª dorsale e 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª lombare,

curva più accentuata nel tratto lombare. Questa medesima linea descrive pure una seconda curva con convessità a sinistra ed il cui punto culminante cadrebbe in corrispondenza del processo spinoso della 3ª vertebra lombare.

L'altezza complessiva della porzione esistente di colonna (dorso-lombare) misurata sulla faccia anteriore, è di cent. 10,5.

Alla prima ispezione *del sacro* quello che subito colpisce è la direzione obbliqua dall'indietro all'innanzi assunta da quest'osso, la mancanza di qualsiasi punto sporgente là ove la colonna si unisce alla base sacrale, e la pochissima curva verticale. Avvertiamo prima di tutto che lungo tutta la faccia anteriore quest'osso si presenta corroso per un processo di carie che sembra dai corpi vertebrali si sia lungo esso diffuso. Tale processo interessa la faccia anteriore specialmente in corrispondenza della metà inferiore e ne consegue che delle linee segnanti la unione dei cinque pezzi sacrali non si trovano che tracce, e solo quella del primo con il secondo pezzo è sufficientemente marcata. Gli otto forami sacrali abbastanza bene manifesti, si mostrano simmetricamente sviluppati.

L'altezza del sacro dall' apice al punto di mezzo della sua base misura cent. 10,3, seguendo invece la sua curvatura verticale segna cent. 10,8.

La faccia anteriore presenta due curvature — l'una piuttosto sentita a concavità anteriore decorre nel senso trasversale, l'altra meno marcata, pure a concavità anteriore, nel senso verticale. — La saetta del sacro non esattamente valutabile su questo bacino per la lesione già notata alla faccia anteriore, si può calcolare da 10 a 12 millimetri — è quindi marcatamente più corta di quella di un sacro normale che si vorrebbe di 27 mill. Anche la larghezza della base sacrale è ridotta — misurata a livello della linea dello stretto superiore è di mill. 95. Lo sviluppo di quest'osso è però simmetrico, non rilevandosi marcate differenze fra le due metà destra e sinistra; è peraltro da notarsi che l'aletta sacrale destra è meno sviluppata nel senso antero-posteriore di quello che non sia la corrispondente sinistra.

La faccia posteriore null'altro mostra degno di menzione che la perduta curva, conseguenza del complessivo raddrizzamento subito da tutto il sacro.

Il *coccige* risulta di quattro pezzi vertebrali: il 3º ed il 4º sono fusi fra loro. — Nulla di particolare si trova.

L'*innominato destro* richiama l'attenzione per la presenza al luogo della cavità cotiloidea destra di una vasta caverna costituita superiormente dalla fossa iliaca, internamente dalla placca cotiloidea, posteriormente dalla regione corrispondente alla grande incisura sciatica: può dirsi che della regione del cavo acetabolare non rimanga che una buccia costituita da una sottile lamina di tessuto osseo, sottile specialmente all'interno ove è quasi trasparente. Questa caverna comunica direttamente con la fossa iliaca destra per mezzo di un forame a margini irregolari, irregolarmente rettangolare e posto pressochè al centro della fossa iliaca; posteriormente un secondo forame di forma ovale a 3 cent. circa al disopra ed all'esterno della spina sciatica del diametro massimo di 1 cent. stabilisce una seconda comunicazione con lo esterno: altre aperture di minor conto si riscontrano poco all'esterno del tubercolo ileo-pettineo ed in corrispondenza ed al disopra della spina iliaca anteriore inferiore. L'apertura che conduce in questa grande caverna rappresentante l'acetabolo è affatto irregolare e qua e là mostra ancor tracce del contorno osseo proprio del cavo articolare.

Tali lesioni potrebbero meglio immaginarsi, supponendo che tutta questa regione abbia subito una specie di *gonfiamento* per cui venne a subire la parte periferica uno sfiancamento eccentrico all'indietro, al disopra, all'interno, all'avanti ed al disotto. La parete ossea sfiancata rappresenta la buccia: la parte contenuta è ora affatto mancante nel pezzo anatomico: la cavità può capire una mediocre arancia.

La branca orizzontale del pube descrive una curva piuttosto sentita a convessità inferiore e presenta volto all'innanzi un margine tagliente: la spina del pube è poco marcata: pure piuttosto poco sviluppate si presentano la branca ischio-pubica, la tuberosità sciatica e tutto il resto dell'ileo. Anche il forame otturatorio è degno di menzione. Confrontato con il sinistro si mostra meno sviluppato: infatti offre un diametro verticale di mill. 44, uno trasverso di mill. 40, mentre il sinistro dà rispettivamente 47 e 41 millimetri.

Si deve finalmente ricordare che la sinfisi sacro-iliaca destra è sopra un piano un po' posteriore a quello nel quale cade quella di sinistra.

L'*innominato sinistro* non offre alterazione patologica; poco espansa è la fossa iliaca ed un po' meno inclinata di quanto si

osserva nel bacino normale: è marcata la spina del pube che sporge all'avanti sotto forma di tubercolo. Nel suo complesso però quest'osso è più robusto ed è maggiormente sviluppato di quello che non sia il destro.

E per l'uno e per l'altro innominato si deve finalmente avvertire che la linea innominata decorre descrivendo una curva assai meno sentita di quella propria ad ossa di un bacino normale.

A completare l'esame basta dire alcunchè della parte esistente del *femore destro:* l'unica regione anatomica riconoscibile è costituita dal grande trocantere: il collo manca interamente e così il capo: a detto moncone di femore sta artificialmente unito un frammento osseo non determinabile nella sua essenza — l'intero osso mostra indelebili traccie della carie alla quale dovette pagare non scarso tributo.

Del bacino nel suo complesso. — Complessivamente tale bacino presenta un mediocre sviluppo e ciò tanto per il piccolo che per il grande bacino: qualora poi lo si guardi con qualche attenzione due fatti colpiscono subito e cioè la grande alterazione subita dallo stretto superiore, e l'altra non meno importante toccata a tutto lo scavo ed allo stretto inferiore. Consideriamo partitamente i varii distretti del piccolo bacino — *Stretto superiore* — i rapporti diametrici sono addirittura invertiti qualora si confrontino con quelli di un bacino normale: in questo infatti è caratteristica la prevalenza del diametro trasverso su quello antero-posteriore, in quello invece quest'ultimo diametro è singolarmente allungato: ciò meglio apparirà dalle seguenti cifre:

Diametro retto (dal punto di mezzo del margine superiore della sinfisi del pube, al punto di mezzo della fusione sacro-vertebrale)	mill.	148
Diametro trasverso	»	115
Diametro obliquo destro	»	126
Diametro obliquo sinistro	»	122
Microcorda sinistra	»	114
Microcorda destra	»	117

Tali cifre si possono tradurre così: ovoide dello stretto superiore diretto nel senso antero-posteriore anzichè nel trasversale, diminuzione non solo relativa ma assoluta nel diametro trasverso,

prevalenza del diametro obbliquo destro su quello sinistro; in altre parole più ampia la metà dello stretto superiore se confrontata con la corrispondente metà sinistra. Ricercando poi le misure relative a seconda del consiglio dello Schroeder, prendendo per unità (*misura fondamentale*) la C. V., metodo introdotto nella pratica ostetrica dal Litzmann, si avrebbe:

Secondo Schroeder supposto — 100 la C. V. di un bacino normale si trova per gli altri diametri:

Diametro retto.	mill.	100
Diametro obbliquo destro. .	»	115,9
Diametro obbliquo sinistro .	»	115,9
Diametro trasverso.	»	122,7

e nel bacino preso a studiare, ridotto a 100 il diametro retto, così risultano ridotti gli altri:

Diametro retto.	mill.	100
Diametro obbliquo destro. .	»	85
Diametro obbliquo sinistro .	»	82
Diametro trasverso.	»	77,7

ciò che ancor meglio dimostra la forte diminuzione del diametro trasverso e l'enorme allungamento di quello retto.

Escavazione pelvica. — Osservandola dall'alto si nota una convergenza della parete posteriore e di quella laterale sinistra; a destra invece immediatamente al disotto della linea innominata la parete cotiloidea è spinta alquanto all'interno per la descritta lesione, ma la tuberosità sciatica non segue una linea simile a quella percorsa dalla tuberosità di sinistra. Lo scavo adunque sarebbe formato ad imbuto, ma irregolare, perchè la parete destra non obbedisce alla legge generale cui fu sottoposto il bacino.

Le dimensioni della *parte ampia dello scavo* sono le seguenti:

Diametro antero-posteriore (dal punto di mezzo della faccia posteriore della sinfisi del pube, al punto di mezzo della linea di unione del 2º con il 3º pezzo sacrale)	mill.	122
Diametro trasverso (fra i due punti più alti dei cotili)	»	98

La parte *stretta dello scavo* mostra le seguenti dimensioni:

Diametro antero-posteriore (dalla sommità dell'arcata pubica alla punta sacrale) . mill. 110
Diam. trasverso (fra le due spine sciatiche) » 77

Considerando queste varie cifre vediamo che dallo stretto superiore allo stretto inferiore il bacino va continuamente impiccolendosi tanto nel senso antero-posteriore che in quello trasversale.

Stretto inferiore. — Scindiamolo in due triangoli anteriore e posteriore: la base comune è costituita dalla linea che unisce i due punti di mezzo delle tuberosità sciatiche.

Il triangolo anteriore è marcatamente dissimile da quello che di consueto si osserva nella pelvi normale: le sue note caratteristiche consistono nella sua piccolezza, nella differente direzione de' suoi lati, nel risultare la arcata pubica formata da un angolo acuto anzichè da quella linea dolcemente curva propria al bacino muliebre: si deve avvertire che la branca ischio-pubica destra si porta molto più all'esterno di quello che non faccia quella di sinistra, per cui ne risulta che la verticale calata dalla sommità dell'arcata pubica divide l'angolo di questa in due parti di differente ampiezza, e precisamente quello di sinistra fa un angolo di 29°, quello di destra uno di 35°.

La base comune ai due triangoli (maggior distanza fra le tuberosità sciatiche) misura mill. 80.

Il triangolo posteriore si trova pure generalmente impiccolito.

Completeremo l'esame dello stretto inferiore dicendo che la tuberosità sciatica destra si arresta in un piano superiore a quello che toccando il margine inferiore dell'altra sia parallelo al piano dello stretto superiore. Ciò tiene al fatto ripetutamente notato, il minor sviluppo di tutta l'innominato destro.

Riassumiamo qui le varie dimensioni finora notate e raccogliamo le misure esternamente prese:

Peso del bacino (compresa la porzione dorsale della colonna). . . . . grm. 410
Fra le spine iliache antero-superiore . . . mill. 240
Fra le creste iliache . . . . . » 250
Altezza dell'ileo destro. . . . . » 167

Altezza dell' ileo sinistro	mill.	179
Distanza fra le spine iliache post. sup. . .	»	59
Altezza della sinfisi pubica	»	31
Lunghezza del sacro (corda)	»	103
Lunghezza del sacro (arco).	»	108
Saetta del sacro	»	10 a 12
Larghezza del sacro a livello dello stretto superiore	»	95
Dal margine superiore della sinfisi del pube alla punta del processo spinoso della XII dorsale	»	227
Idem della prima lombare	»	225
» seconda lombare	»	224
» terza lombare.	»	215
» quarta lombare.	»	205
» quinta lombare	»	186
» alla punta dell'apofisi spinosa del primo pezzo sacrale	»	166

Distretto superiore.

Diametro retto	»	148
Obbliquo destro	»	126
Obbliquo sinistro	»	122
Microcorda destra	»	117
Microcorda sinistra.	»	114
Diametro trasverso.	»	115

Scavo (parte ampia).

Diametro retto	»	122
Diametro traverso	»	98

Scavo (parte ristretta).

Diametro retto	»	110
Diametro traverso	»	77

Stretto inferiore.

Diametro trasverso	»	80

Non si tiene conto per questo stretto del diametro retto che sarebbe dato da una linea che dalla sommità dell' arcata pubica toccherebbe la punta del coccige: la mobilità di questo toglie quasi ogni valore a tale misura.

Due ordini differenti di lesioni riscontriamo adunque nel bacino descritto, uno di indole puramente anatomica, un secondo importante specialmente dal punto di vista ostetrico.

Le lesioni del primo ordine sono le seguenti:

Carie della colonna lombare e del sacro.
Fusione delle vertebre lombari fra loro e con il sacro.
Fusione degli archi vertebrali della seconda, terza e quarta lombari.
Carie ileo-femorale con consecutiva scomparsa del cavo articolare e del capo.
Arresto di sviluppo dell' innominato destro.
Scomparsa del promontorio sacro-vertebrale.

Quelle del secondo:

Speciale conformazione dello stretto superiore.
Perdita assoluta di spazio nel senso trasversale in tutto il bacino:
Perduta simmetria delle due metà del bacino.
Alterazioni speciali dello stretto inferiore.

Di tante e molteplici modificazioni subite, possiamo noi renderci almeno in parte ragione?
È ciò che tenteremo ora di fare.

II.

Prima di entrare nell'argomento è necessario avvertire che per lo studio della genesi di tante e svariate modificazioni subite dal bacino in discorso, sarebbe stato prezioso il conoscere la storia medica di colei che in vita lo possedette: ma ciò fu per noi affatto impossibile: le concise, troppo concise anzi, notizie pervenute a nostra conoscenza stanno tutte nelle poche parole premesse alla descrizione. Ci manca perciò un riscontro in appoggio o contro quello che noi verremmo esponendo, ma che d'altra parte nessuno potrebbe ormai rintracciare.

Il fatto più interessante si è certamente quello che il bacino studiato offre alcuni dei caratteri di quello infantile: per renderne persuaso il lettore basterà il riportare quelle poche linee con cui lo Schroeder presenta ai suoi lettori il bacino dell'infante. Eccole: « Riguardo al sacro la larghezza delle sue ali è minima per rispetto a quella delle vertebre, ha una *direzione quasi rettilinea*, ed il promontorio si trova molto in alto: le branche orizzontali del pube sono cortissime, l'arcata pubica *forma un angolo acuto*. Le ali delle ossa iliache sono quasi disposte a perpendicolo; la distanza fra le spine *iliache fra di loro* è quasi eguale a quella *delle creste iliache. L'estensione trasversale del bacino è considerevolmente meno pronunciata che nel bacino adulto. Le pareti del piccolo bacino convergono in basso, cosicchè tutti i diametri presi insieme, e sopratutto i diametri trasversi, riescono più piccoli* ».

Troviamo allo stretto superiore del bacino infantile prevalente il diametro retto: specifichiamo un po' tale prevalenza. Darò una piccola serie di dimensioni di bacini appartenenti a feti femmine ed a bambine, prese sopra preparati che si conservano nel Museo della Scuola; appartengono a feti prematuri ed a feti maturi, ed a bambine fino a tre anni di vita extrauterina: in tutti questi bacini troviamo costante prevalenza del diametro retto dello stretto superiore.

Pelvi segnata col N. 3, femmina settimestre.

Diametro retto	mill.	23
» trasverso . .	»	19

N. 4, feto femmina ottimestre.

Diametro retto. . . . mill. 21
» trasverso. . » 19

N. 5, femmina a termine.

Diametro retto. . . . mill. 27
» trasverso. . » 23

N. 6, bambino di mesi tre.

Diametro retto. . . . mill. 32
» trasverso. . » 29

N. 7, bambino di mesi sei.

Diametro retto. . . . mill. 37
» trasverso. . » 32

N. 8, bambino di mesi nove.

Diametro retto. . . . mill. 42
» trasverso. . » 36

N. 9, bambino di anni tre.

Diametro retto. . . . mill. 56
» trasverso. . » 51

Nel nostro bacino troviamo che lo stretto superiore si comporta ancora come nel bacino infantile: ma caso veramente importante non solo il diametro retto è più lungo di quello trasverso, ma questo si mantiene ancora al di sotto della media accettata per il bacino normale: infatti il diametro retto in luogo di mill. 110 segna mill. 148, il diametro trasverso misura soli mill. 115 contro 130-135 misura accettata per lo scheletro del bacino.

Vale adunque la pena di vedere il perchè di tal fatto. E qui è indispensabile che noi ricordiamo i fattori che determinano il cambiamento del bacino del neonato in quello dell' adulto: essi sono tre e cioè la *pressione del tronco, lo stiramento sulla sinfisi e e la contropressione dei femori.* « *Se nessuna delle tre la vince sulle*

altre, il bacino viene su normale (scrive lo Schroeder), *uno squilibrio in una dà luogo ad un bacino patologico* ».

Ma se una causa qualunque annulli tutti e tre questi fattori allora può il bacino mantenere anche nell'adulto tutti i caratteri di quello infantile: il caso è invero rarissimo poichè è necessario il continuo decubito dorsale; ma che sia possibile, lo prova il caso di Gurlt citato dallo Schroeder, il bacino cioè di una ragazza idrocefalica di 31 anni, in cui in uno al sacro rivolto all'indietro si vedeva il diametro trasverso più corto di quello antero-posteriore allo stretto superiore. Sarebbe questo il bacino della posizione orizzontale.

Ora vediamo se senza forzare i fatti possiamo invocare, almeno in parte, la mancanza dei tre noti fattori nella interpretazione di qualche particolarità del nostro bacino.

Il gravissimo processo distruttivo che prese nientemeno che quattro corpi delle ultime lombari, deve in modo indubbio aver impedita la deambulazione non solo, ma eziandio la posizione seduta alla donna che fu un giorno padrona del bacino in istudio: non possiamo pensare che tanto guasto permettesse altra posizione all'infuori di quella orizzontale: che sei poi ricordiamo la vastità del processo alla colonna vertebrale, e l' universalmente riconosciuto assai lento decorso del morbo, crediamo di non poter esser smentiti, dicendo che per anni parecchi deve esser stata obbligata a letto la paziente: forse a lei era solo concesso il poter riposare alquanto sul fianco e con probabilità sul destro: per tutta la durata adunque della malattia vertebrale il bacino potè essere tolto all'azione dei tre fattori notati: passato questo tempo, permessa pure non solo la posizione eretta ma eziandio la deambulazione a quella infelice, appunto quando i fattori sopranotati cominciavano ad agire, differenti assai venivano ad essere le condizioni meccaniche, e queste nuove condizioni accentuarono anzi la deformazione pelvica.

Ed infatti la usura di quattro corpi vertebrali che si possono considerare ridotti a poco più che un solo dovea provocare, in causa della nuova direzione che veniva ad assumere la colonna intera, la caduta della persona all'avanti: era infatti impossibile che il centro di gravità del corpo passasse ancora per la linea che congiunge i capi femorali, o per una a questa posteriore come vorrebbe il Meyer; fu adunque necessario un moto di raddrizzamento il quale provocava la trasmissione del fattore *pressione*

non più come avviene normalmente dall'alto al basso e dall'indietro all'avanti ma bensì *dall'alto al basso e dall'avanti all'indietro*, fatto che si traduce nelle altre parole: il sacro veniva sollecitato a portarsi colla sua base all'indietro, colla sua punta all'avanti: e le particolari note riscontrate in esso trovano così piena spiegazione.

Così infatti si spiega la modificata ed anzi invertita direzione del sacro, l'aumento nel diametro retto dello stretto superiore, la diminuzione invece dello stesso nello scavo ed allo stretto inferiore. Se si pensa poi che avvenendo tale pressione dall'alto al basso e dall'avanti all'indietro in epoca in cui la completa fusione del sacro non s'era ancor fatta, si troverà il perchè della curva trasversale a convessità posteriore; i corpi dei pezzi sacrali cedettero cioè più dei corrispondenti processi trasversali.

Colla rotazione del sacro all'indietro si compì anche altro moto di rotazione nelle ossa con quello in relazione, e cioè nelle ossa iliache; ma la rotazione di queste, conseguenza anatomica degli speciali rapporti del sacro colla parte degli ilei retrostante alle articolazioni sacro-iliache, avvenne a seconda di un diametro antero-posteriore situato a livello del cotile, moto che determinò una rotazione all'interno della parte sottostante all'asse antero-posteriore, una rotazione all'esterno invece della parte soprastante.

E così sarebbero interamente spiegate le deformazioni del bacino se un altro fattore non fosse concorso a diminuire almeno in parte gli effetti della cifosi sacro-lombare: fattore che alla sua volta lasciò impronte nette nel nostro bacino.

Infatti noi non abbiamo ancora detto alcunchè intorno a due fatti notati nella descrizione del bacino; vale a dire non abbiamo affatto considerata ancora la carie ileo-femorale, non abbiamo detto il perchè l'innominato destro si sia arrestato nel suo sviluppo e la tuberosità sciatica destra, e la branca ischio-pubica corrispondente non abbiano seguita la medesima via battuta dalle omonime di sinistra.

Di ciò non esitiamo a trovare il momento causale nella carie ileo-femorale. Il processo morboso qui localizzato portò sul bacino le stesse conseguenze di una primitiva lussazione traumatica: infatti da un lato si ha un enorme ingrandimento del cavo articolare, dall'altra una marcata distruzione di tutto il capo femorale: effetto ultimo un notevole accorciamento dell'arto. Ora in tali casi possiamo agevolmente vedere quali sieno le modifica-

zioni speciali subite dal bacino. Il Gueniot (1) riscontra nel bacino a lussazione ileo-femorale unilaterale: *assimetria per il minor sviluppo della metà corrispondente alla lussaziane; pube depresso* dal lato della lesione: il *diametro obliquo* corrispondente alla parte lussata *alquanto maggiore* dell'altro: la sinfisi *sacro-iliaca* corrispondente alla lussazione *un po' spinta all' indietro*, il sacro leggermente deviato verso la parte lussata e la *colonna lombare* talvolta *con lieve convessità* verso lo stesso lato; l'ala iliaca corrispondente un po' più verticale e meno estesa: il foro otturatorio *meno alto in senso verticale;* la tuberosità ed il corpo dell'*ischio fortemente cacciati all'esterno* e la branca ischio-pubica corrispondente, *sottile, piatta,* allungata e raddrizzata.

E così che la carie ileo-femorale opponendosi in parte agli effetti della cifosi lasciava le sue impronte speciali.

Riassumendo, nel nostro bacino le molteplici alterazioni possono spiegarsi: *primo con la permanenza di alcuni caratteri del bacino infantile* conseguenza del prolungato decubito richiesto dalla gravissima lesione della colonna; *secondo con i cambiati rapporti fra colonna* vertebrale e sacro; e *terzo* con la speciale influenza che può aver *esercitata la carie ileo-femorale,* paragonabile in tutto a quella della lussazione unilaterale traumatica (2).

---

(1) *Des luxations coxo-femorales*, ecc. Paris, 1869.

(2) Sulla genesi del bacino cifotico raccomando la lettura della Memoria del mio ottimo amico il Dott. Giovanni Inverardi: *Descrizione di un bacino cifotico. (Annali di Ostetricia, Ginecologia, ecc.*, 1881).

III.

La storia clinica della nostra paziente con concisione veramente tacitiana narrata in testa a questo scritto, ci mostrò che il parto dovette essere ultimato colla embriotomia: riesce assai facile l'ammettere, sebbene nel registro non sia segnato, che l'ostacolo offerto al compimento del travaglio sia stato dato dallo stretto inferiore, o meglio dalla parte ristretta dello scavo; qui la deficienza di spazio domandò la riduzione del capo fetale.

Nella storia del bacino cifotico è assai frequente che il chirurgo debba intervenire: a meglio dimostrar ciò tolgo da un recente lavoro di Phaenomenoff il seguente specchietto in cui si fa la storia di 20 casi (1).

(1) *Zur lehre von den Kyphotischen Bechen und der ruptur der Beckensymphysen während der Geburt.* — (*Zeitschrif für Geburtshülfe und Gynaekologie,* VII, Band, 2 Heft).

N.	Autore	Iª o più	Carattere della cìfosi e misura del d.° bisischiatico	Epoca del parto	Intervento	Esito per la madre	Esito per il figlio
1	—	1ª	48 mill.	maturo	taglio cesar.	morta	—
2	Hayn	1ª	Lomb. 70 mill.	maturo	forcipe	cicatrici vaginali	morto
		2ª	—	maturo	taglio cesar.	morta	—
3	Kind	1ª	Lombare 72,5	peso 4 libb.	forcipe	viva	morto
4	Birnbaum	1ª	—	maturo	forcipe	viva	morto
		2ª	Lombare non segnato	maturo			
		3ª	—	prematuro	parto prov.		vivo
5	»	1ª	Lombo-sacrale 80 mill.	maturo	forcipe	morta	morto
6	Jenny	1ª	Lombo-sacrale 80 mill.	maturo	taglio cesar.	morta	vivo
7	Martin	1ª	Dorso-lomb. non segnata	maturo	embriotomia	morta	—
8	Hugenberger	1ª	Lombare 8,5	maturi	spontaneo	morta	vivo
		2ª			forcipe		
		3ª					
		4ª					

Dallo specchio risulta che 14 donne morirono, delle quali 5 multipare (2 aveano già partorito quattro volte e 3 due volte). Dei 34 bambini avutisi complessivamente dalle 20 donne, 19 nacquero vivi e cioè: quattro spontaneamente (3 maturi, 1 prematuro): 5 furono estratti mediante il taglio cesareo; 4 impiegando il forcipe, e 6 con il parto prematuro artificiale.

Stando a tali risultati assai grave invero dovrebbe essere la prognosi per il bacino cifotico: ma così facendo siamo noi certamente nel vero? Non si è forse esagerato per il bacino cifotico

N.	Autore	1ª o più	Carattere della cifosi e misura del d.º bisischiatico	Epoca del parto	Intervento	Esito per la madre	Esito per il figlio
9	Bailly	1ª 2ª 3ª	Lombare 7,5	prematuro	prov. e forc. provocato	viva	vivi
10	Lange	1ª	Dorso-lomb. 36 mill.	maturo	taglio cesar.	morta	vivo
11	Chantreuil	1ª	Dorsale 10,5	prematuro	spontaneo	morta	vivo
12	»	1ª	Dorsale 9 c.	prematuro	p.º p.º pr.º	morta	vivo
13	Höning	1ª 2ª	Lombo-sacrale 5 c.	maturi	taglio cesar. forcipe	fistola stercor. morta	vivo morto
14	Moor	1ª 2ª 3ª 4ª	Lombare 4,6	maturo prematuro maturo maturo	forcipe parto prem. spontaneo rott. uterina	— — — morta	vivo morto vivo morto
15	Smeidler	1ª	Lombo-sacrale 50 mill.	maturo	craniotomia	viva	—
16	Fehling	1ª	Lombo-sacrale 96 mill.	maturo	taglio cesar.	morta	—
17	Martin	1ª	44 mill.	maturo	taglio cesar.	viva	vivo
18	Pippinskjöld	1ª 2ª	75-80 mill.	maturo prematuro	craniotomia provocato e forcipe	— viva	— vivo
19	Tauffer	1ª 2ª	Lombare 9 cent.	maturo maturo	? taglio cesar.	— morta	morto vivo
20	Phænomenoff.	1ª	Dorso-lomb. 9 cent.	maturo	forcipe	morta rottura della sinfisi	vivo

per la semplice ragione che non si registrarono nella storia dell'arte che i casi più gravi? Tale è anche l'opinione di Schroeder poichè non si ristà dallo scrivere: « le bassin cyphotique et sans aucun doute considéré *comme trop défavorable*, car jusqu'à present on n'a tenu compte que des cas qui avaient donné lieu à des troubles considérables de l'accouchement » (1).

Si aggiunga a ciò che in qualcuno dei casi figuranti nello specchietto, l'esito fatale fu affatto indipendente dalla esistenza del bacino cifotico (casi di Chantreuil).

La prognosi in generale dovrà subordinarsi al grado di viziatura e specialmente al valore del diametro bisischiatico che abbiamo veduto esser quello prevalentemente viziato.

Tuttavia può darsi il caso che il bacino cifotico offra una lievissima stenosi pelvica allo stretto inferiore e precisamente in corrispondenza del diametro bisischiatico, e ciò nonostante possa anche richiedere la più grave delie operazioni ostetriche il taglio cesareo: si veda infatti il caso segnato al N. 16 appartenente al Fehling, in cui fu praticata la operazione cesarea sebbene il bisischiatico segnasse 96 millimetri: e dove è allora l'ostacolo?

L'impedimento all'effettuazione del parto non è più in tali casi nella pelvi propriamente detta, ma in qualche cosa che impedisce al feto di penetrare in essa: si ha allora una pelvi non soltanto deformata ma *eziandio ostrutta*, e questo qualche cosa che la costruisce è la colonna vertebrale stessa che cadendo all' innanzi copre più o meno dell'area dello stretto superiore. Si ha allora quella specie di bacino che il Dott. Huter propone di chiamare *coperto* e che definisce così: « un bassin caractérisé par une déviation lordotique ou cyphotique de la colonne lombaire telle que la distance de l'extremité supérieure de la symphyse pubienne à un point quelconque de la colonne lombaire soit plus courte que la coniuguée vraie » (2).

Il parlare della prognosi conduce irresistibilmente a dire alcunchè della terapia. Questa deve seguire le norme generali che si addottano ne' vizi pelvici in generale; anche nel bacino cifotico il pratico non dovrà accontentarsi del valore del solo dia-

---

(1) Schroeder, *l. c.* pag. 533.

(2) *Un nouveau bassin couvert probablement spondylolistésique.* Strasbourg, Schultz e comp., 1878.

metro bisischiatico, ma dovrà metter questo in relazione alla maggiore o minore ampiezza del diametro retto dello stretto inferiore.

La interruzione artificiale della gravidanza se la donna domanderà il parere dell'ostetrico prima del termine di questa, potrà trovare la sua indicazione frequentemente; il forcipe e la craniotomia e qualche volta il taglio cesareo potranno esser richiesti in travaglio: è da avvertirsi però che molto di frequente il parto termina colla craniotomia e ciò afferma apertamente lo Scroeder: scarse indicazioni avrà il rivolgimento per il fatto che in via generale il capo fetale non trova ostacolo al suo impegno, ma quello incontra solo allo stretto inferiore od alla parte ristretta dello scavo.

Del resto la natura del presente scritto mi impedisce di entrare qui in particolari relativamente alla terapia da istituirsi: tuttavia non posso far a meno di terminare il mio scritto con una considerazione.

Se la testa fetale arrivata allo stretto inferiore trova un ostacolo non superabile, e che il forcipe o sia stato frustraneamente tentato, o sia controindicato dal grado di viziatura, si dovrebbe senz'altro mutilare un bambino ancor vivo? Fra la morte del feto e la estrazione di esso per una via preternaturale, la terapia ostetrica non sa proprio null'altro suggerire?

A mio modo di vedere c'è un atto operativo che la maggioranza dei pratici rifiuta e che pure ragionamenti teoretici e clinici non dimostrano poi destituito di ogni utilità: alludo con ciò alla sinfisiotomia.

Ogni abuso determina la reazione: basta leggere le pagine di Baudelocque per persuadersene; o si praticava la sinfisiotomia in casi ove il vizio era troppo sentito e quindi più che utile era dannosa, od in altri ne' quali una sapiente aspettazione ne avrebbe dimostrata la inutilità: ma tra gli estremi ci sono dei casi intermedi ove la indicazione potrebbe esserci realmente, ed ove l'esito potrebbe esser buono.

A ciò mi conforta quanto scrive un pratico eminente il Duncan (1). « Il reste cependant à esaminer si l'opération, qui avait été nettement proposée, bien avant Sigault, par Severin Pineau,

---

(1) *Sur le mécanisme de l'accouchement*, ecc., trad. Budin. Paris, 1876, pagina 165, 166.

n'est pas destinée à avoir sa place parmi les opérations obstétricales, et ne peut aider à la conservation de la vie de l'enfant ». E più innanzi « Il y a maintes raisons de croire que l'opération elle même ne présente que peu de dangers immédiats ou même consécutives, si on compare ses résultats avec les résultats déplorables fournis par la craniotomie et l'opération césarienne ». Ai ragionamenti teorici si possono aggiungere le statistiche fatte dal Prof. Morisani e dal Prof. Novi, non dimenticando che molti dei casi appartengono ad epoca in cui l'antisepsi non esisteva ancora nel campo chirurgico, ed ognuno sa di quanto si sia cambiata la prognosi chirurgica da quel giorno.

Nè nel caso pratico del bacino cifotico può la sinfisiotomia trovar controindicazione: ce ne rende sicuri il seguente passo del Morisani (1). « Se ora esaminiamo i diametri trasversi ed obliqui, noi li troveremo cresciuti di molto in lunghezza, per modo che il loro ingrandimento si può calcolare ad $^1/_4$ e ad $^1/_2$ del divaricamento dei pubi, secondo che ci avviciniamo o ci allontaniamo agli estremi del diametro trasverso; e questo aumento si riferisce anche al *diametro bisischiatico*. In quanto alla linea *pube-coccigea*, il suo ingrandimento è uguale a quello del distretto superiore ».

S'aggiunga a tutto ciò còndizioni anatomiche speciali che possono talvolta incontrarsi nelle articolazioni del bacino cifotico: può cioè la rotazione del sacro indurre una considerevole mobilità nelle articolazioni sacro-iliache, ed in conseguenza della rotazione degli ilei possono le estremità superiori delle branche orizzontali dei pubi essere l'una dall'altra alquanto allontanate.

Del resto io non ho fatto che esternare una opinione: i fatti soli decideranno se questa via da seguirsi sia buona.

---

(1) *Manuale delle operazioni ostetriche.* Napoli, 1878, pag. 171.

CANNULA PER INJEZIONI INTRAUTERINE

del Dott. PASQUALE MILITANO

La cannula che propongo è lunga cent. 23 ed ha una periferia di due centimetri: è retta, ma può anche essere costruita con la stessa curvatura della sonda uterina, e questa viene da varii preferita.

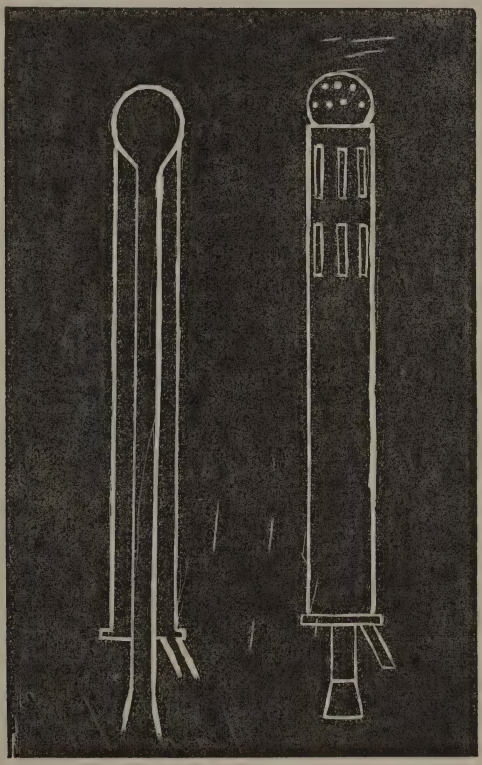
Sia la retta che la curva risultano di due cannule concentriche: l'estremo superiore termina ad ovoide ed è cosparso di forellini; questi sono in comunicazione con la cannula interna: al disotto di questi forellini stanno due serie di aperture rettangolari che sono in comunicazione con la cannula esterna.

Con ciò resta descritto l'istrumento (si vedano le due unite figure).

Facile è poi l'uso di questo strumento: per la cannula interna si injetta il liquido mediante una siringa: qualunque sia la forza che si mette nello spingere il liquido, non si potrà mai apportare trauma sulla parete uterina attesa la picciolezza dei forellini che spegne la forza impressa al liquido: il liquido uscito bagna la superficie interna dell'utero e poi per il proprio peso, e spinto dalle contrazioni uterine, scende verso il collo uterino ove trova perciò i fori rettangolari che sono al colletto della cannula, i quali per la loro lunghezza e molteplicità non possono venire totalmente chiusi dalla contrazione spastica del collo uterino; per la stessa ragione i grumi difficilmente possono occluderli, sicchè il liquido entra per i fori e può facilmente trovare strada all'esterno.

Il manuale operativo è dei più semplici, ed ecco come l'adopero io: messa la donna nella posizione delle operazioni sui genitali, introduco la cannula con la mano destra accompagnandone l'estremo superiore con l'indice della mano sinistra. Arrivati all'orificio esteriore dell'utero spingo dolcemente la cannula; se trovo ostacolo aspetto un poco, imprimo allo strumento qualche movimento di lateralità e così per lo più facilmente si penetra in cavità: naturalmente la facilità sarà in rapporto con la involuzione

puerperale dell' utero: ad utero non puerperale l' introduzione e naturalmente più difficile e richiederà soventissimo la previa dilatazione; talvolta può essere utile far precedere l' applicazione dello speculum. Messa in sito la cannula, con una siringa qualunque si injetta il liquido: il ritorno di questo dalla piccola cannula posta all'estremo inferiore ci assicura che tutto va bene. Alla



cannula di tanto in tanto si imprime qualche movimento e così si evita che qualche grumo ostacoli il ritorno del liquido. I liquidi da usarsi variano: specialmente quando i lochi sono fetenti mi servo di una soluzione al millesimo di permanganato di potassa o di quella al 2 0[0 di acido borico: nei casi di emorragia di una soluzione al terzo od anche a parti eguali di percloruro di ferro.

Il Tarnier, il Depaul ed il Dott. Bitot di Bordeaux fecero buona accoglienza all' istromento.

NOVE MESI DI INCARICO

ALLA

CLINICA OSTETRICA DI FIRENZE

appunti statistico-clinici

del Dott. ERNESTO GRASSI

Chiamato fin dal febbraio scorso a coprire quale incaricato il posto di Clinico ostetrico rimasto vacante nell'Istituto di Firenze per la morte dell' illustre Prof. Balocchi, ebbi campo di sperimentare giorno giorno la grave responsabilità che per tale ufficio me ne veniva come insegnante di numerosa scolaresca e come curante d'una fra le primarie Maternità d'Italia.

Ora il mio mandato volge al suo termine e come per l' opera mia nel campo didattico mi rimetto ai migliori giudici in simile materia, cioè agli scolari stessi; così io oso invocare dai colleghi un egual giudizio sul mio operato quale ostetrico curante.

È questo il motivo determinante e dirò anche la giustificazione del presente lavoro; nel quale per conseguenza tenni conto quasi esclusivamente dei casi clinici che per aver richiesto la nostra assistenza attiva erano i più adatti a fornire altrettanti criteri per apprezzare la linea di condotta da noi prescelta.

Come poi nell'adempimento del mio ufficio ebbi a cooperatori zelanti e intelligenti gli egregi assistenti alla Clinica Dottori Alberto Bloch e Vittorio Frascani, così io esprimo loro, in questa circostanza, la miglior gratitudine per la parte non piccola da essi avuta nel buon andamento sanitario della Maternità.

Firenze, 20 *ottobre* 1882.

Dott. Ernesto Grassi
Ajuto alla Clinica Ostetrica di Firenze.

I.

Notizie Generali.

Ove io limitassi le mie notizie al solo materiale clinico ufficialmente destinato alla istruzione, dovrei passare sotto silenzio tutto quanto riguarda la sezione *gravide occulte*, poichè il clinico non ha diritto *ancora* di servirsene per l'insegnamento se non in via eccezionale (Importanza scientifica del caso, assentimento della donna).

Ma oltrechè quale curante di ambedue le Sezioni era mio dovere di dar conto del mio operato verso tutte indistintamente le ricoverate, credetti opportuno di render noti anche i dati statistici e clinici riguardanti il compartimento occulte, perciò che da essi si potesse giudicare della quantità e qualità di materiale scientifico i cui frutti vanno tuttora quasi perduti in una Maternità, ove certo i casi clinici di ostetricia non sono troppo frequenti relativamente alla numerosa scolaresca che vi accorre.

Fino dal primo anno in cui si riunirono la Clinica ostetrica e le gravide occulte nel medesimo stabilimento (1878) avevo intraveduti i vantaggi che da questa fusione se ne potevano trarre per l'insegnamento ostetrico, ove se non tutte almeno una parte delle illegittime fosse usufruibile dal clinico *colle medesime norme* che per le legittime; e questa innovazione che allora sembravami soltanto opportuna andò mano mano mostrandosi necessaria negli anni successivi, durante i quali ebbi opportunità di constatare:

1.° Che le gravide legittime chiedenti ricovero alla Maternità scemavano ogni giorno e che buona parte di esse non giungendovi se non a travaglio dichiarato (e molte volte avanzatissimo), rappresentavano quasi altrettanti *non valori* per l'insegnamento della scolaresca.

2.° Che il contrario acccadeva nella Sezione occulte ove, oltre che ad essere più numerose, le gravide vi chiedevano asilo in un'epoca così poco inoltrata di gestazione che alcune di esse soggiornavano persino tre mesi nello Stabilimento.

Da una parte adunque si ha una popolazione costantemente numerosa di gravide, partorienti e puerpere, le quali non servono di istruzione pratica se non a sei o sette alunne interne; dall'al-

tra un materiale sempre più scarso (per un centinaio e più di studenti) reso in gran parte infruttifero per la sua brevissima permanenza nell'Ospizio.

E valga il vero: delle 245 donne che partorirono nella Maternità dal 1º febbraio al 15 settembre 1882, 145 appartenevano alla Sezione occulte e tre o quattro soltanto vi arrivarono già in travaglio; sicchè quasi tutte rappresentavano un elemento di osservazione clinica avanti, durante e dopo il parto. Per contrario delle rimanenti 120 donne spettanti alle legittime sole 44 erano entrate avanti l'inizio dei dolori; le altre 76 avevano aspettato a ricoverarvisi allorchè, l'espulsione del feto essendo imminente, ne veniva loro la quasi certezza di poter sfuggire agli esami clinici degli studenti e delle levatrici.

A noi pare che codesti dati rendano superflua qualunque altra dimostrazione atta a provare come la istruzione ostetrica che si dà nella Clinica di Firenze, abbia bisogno di veder rinforzato da un nuovo contingente il proprio materiale di studio, dal momento che il vecchio le fa difetto per quantità e qualità; ed è anche troppo ovvio il pensare che la fusione *condizionata* della Sezione occulte colla Sezione legittime sia il modo più acconcio per soddisfare ad una tale necessità.

Abbiamo detto fusione condizionata e ci teniamo a ripeterlo perchè non ci si accusi di voler sacrificare alle esigenze della istruzione tutte le considerazioni d'ordine morale che militano in favore del segreto che ha circondato fin qui le gravide non maritate.

Noi vorremmo infatti che tal segreto fosse conservato per le sole *primipare*, parendoci troppo giusto che una ragazza cui la passione o l'inesperienza hanno trascinato ad un passo falso possa sempre contare su una istituzione che la Società ha creata *esclusivamente* per lei; istituzione che le offre il modo di occultare un fallo del quale, benchè commesso in due, essa sola è tenuta responsabile.

La società stessa però ha diritto di pretendere che la lezione sia fruttifera e che la donna da essa protetta una prima volta contro la soverchia severità della pubblica opinione, rientri nel mondo bene agguerrita contro nuovi pericoli e sopratutto persuasa che ormai essa è responsabile della propria condotta, sicchè, abbisognando altra volta d'asilo per un nuovo parto, non possa più domandare una posizione privilegiata nell'asilo stesso.

Il qual privilegio, è bene il dirlo, si risolve in fin dei conti in una vera e propria ingiustizia verso le gravide legittime, cui tocca così di pagare da sole alla scienza, un contributo molesto e non sempre innocuo alla loro salute.

Questi pochi riflessi basteranno, io credo, a dimostrare la nostra proposta meno anti-umanitaria di quanto potrebbe sembrare a tutta prima; e pensiamo anzi che a qualcuno tornando strano come fra le occulte vi sieno delle pluripare, verrà fatto di domandarci quale frutto ci ripromettiamo dalla proposta stessa. Ed a noi non pare vero di rispondere subito e vittoriosamente a tale obbiezione, affermando come la metà almeno delle gravide illegittime annualmente accolta fra le occulte non sieno nuove alle peripezie della maternità.

Aggiungeremo di più che queste pluripare sono non infrequentemente le più destre e le più previdenti per convertire il loro fallo in una sorgente di guadagno, accaparrandosi per tempo un allattamento mercenario; ciò che prova ad evidenza come esse non tengono punto al segreto della loro condotta.

II.

Condizioni igieniche. — Mortalità.

Le condizioni igieniche della Maternità ai primi di febbraio non erano troppo felici; pessime poi nel comparto occulte, per il quale il Prof. Balocchi impensierito della grave mortalità ivi persistente da tre mesi e più (10 per cento), aveva in animo di proporre che fosse completamente evacuata, trasportando altrove le ricoverate. È inutile che mi intrattenga sulle cause di queste tristi condizioni. Esse erano quelle ben note che si invocano sempre ed a ragione ogniqualvolta le ricoverate d'una Maternità portano un troppo largo tributo alle malattie del puerperio; accumulo di gravide, parti numerosi in poco spazio di tempo, angustia di spazio e di aereazione, poca osservanza della cura di nettezza nelle persone e nei locali, elementi tutti che preparano e concentrano quell'atmosfera infeziosa da cui scaturiscono se non tutti certo i più gravi processi puerperali.

Prima nostra cura adunque appena assunta la direzione sanitaria dello Stabilimento si fu quella di destinare alle nuove gravide illegittime, che sarebbero andate mano mano sopraggiun-

gendo, una Sezione quasi non mai occupata del nuovo fabbricato della Maternità; lasciando nel vecchio locale le ricoverate ormai già ivi accolte, in custodia di alcune serventi che non avessero alcun rapporto colle nuove venute.

Contemporaneamente si limitarono al miglior numero possibile i riscontri vaginali durante il travaglio, curando che il dito esploratore non potesse dare, nè il canale vulvo uterino potesse ricevere elementi di infezione; e ciò colla applicazione la più possibilmente rigorosa della antisepsi ostetrica rappresentata da:

Un' iniezione abbondante di soluzione fenicata al 2 per cento all' inizio del soprapparto e subito dopo la espulsione del feto;

Dalla scrupolosa nettezza del dito esploratore e dalla sostituzione dell'olio fenicato al grasso di maiale fin qui adoperato per i riscontri;

Dalla remozione immediata di tutta la biancheria imbrattata di sangue e di secrezioni lochiali.

Con queste misure unite all'altra non meno importante di una rigorosa nettezza dei locali e delle ricoverate si arrivò a troncare se non la morbilità almeno la grave mortalità prima lamentata nelle puerpere.

Ed invero, mentre nel febbraio su 22 parti avvenuti alla Sezione occulte furonvi 15 puerperii morbosi di natura infeziosa con tre esiti letali, nel mese successivo delle 24 donne che avevano partorito 6 soltanto si ammalarono di forme settiche ed una sola ne moriva.

Nei mesi successivi lo stato sanitario delle ricoverate occulte andò mano mano migliorando, sicchè nonostante la frequenza di atti operatorii la mortalità si manteneva entro limiti discreti, come risulta dal presente specchietto:

Aprile	Parti	21	tutti	naturali.		Puerp.	pat.	4.	Morte	2
Maggio	»	19	di cui	1	artif.	»	»	1.	»	0
Giugno	»	22	»	1	»	»	»	3.	»	2
Luglio	»	11	»	4	»	»	»	4.	»	0
Agosto	»	16	»	1	»	»	»	5.	»	0
Settembre . . .	»	26	»	1	»	»	»	6.	»	1
Ottobre (fino al 15)	»	15							»	0

Questi numeri non rappresentano ancora l' ideale del *meglio* che si può ottenere in una Maternità, ma si allontanano abba-

stanza dal *peggio* per lasciar intravedere come dalla continuazione e dal perfezionamento delle misure profilattiche introdotte nella assistenza alle nostre ricoverate, possa venire ulteriormente ridotta la percentuale dei morbi in puerperio e sopratutto degli esiti letali.

Nella sezione legittime ove i puerperii patologici per forme infettive furono più scarsi, si ebbe naturalmente una mortalità più bassa, e questa sarebbe stata anche minore ove nei suoi fattori non figurassero (ciò che accade meno frequentemente alle occulte) delle malattie abbastanza serie le quali dopo aver accompagnata la gravidanza ed esserne magari stata aggravata da questa, volgono al loro triste esito durante il puerperio.

Ed invero delle 5 donne morte appartenenti alle legittime una era stata accolta per grave malattia degli organi del respiro e un'altra per vizio di cuore, come risulta dai seguenti appunti clinici:

Annunziata Puzzanti, d'anni 32, terzipara, entra alla Maternità il 20 luglio con ortopnea grave, polsi filiformi, cianosi del volto, edema diffuso alle estremità, moti tumultuosi del cuore, soffio presistolico, rinforzato il tono della polmonare. Fenomeni di congestione e di edema ai polmoni. Diagnosi: insufficienza e stenosi della mitrale. Gravidanza settimestre con feto vivo.

La buona nutrizione, l'uso del vino di Marsala e di quello del Chianti migliorano alquanto l'azione compensatrice del muscolo cardiaco, sicchè dopo una settimana era scomparsa ogni seria minaccia *quoad vitam*.

Il 4 agosto si dichiara il travaglio che si termina dopo 12 ore colla espulsione di un feto vivo settimestre. La donna però soccombe in 4ª giornata di puerperio per paralisi cardiaca e la necroscopia conferma la diagnosi fatta in vita.

Armani Assunta, d'anni 35, di debole costituzione, abitualmente tossicolosa per ripetute bronchiti, novera già 6 gravidanze, tutte terminate con parti abortivi o prematuri. L'attuale gestazione è giunta bene o male all'ottavo mese compiuto, allorchè un forte brivido susseguito da dolore puntorio al lato sinistro del petto segna l'inizio d'una pleuro polmonite; ed è con tale diagnosi confermata anche al nostro esame che la donna è inviata alla Maternità il 25 aprile, terza giornata della malattia.

Mignattazione *loco dolenti,* vino di Marsala, brodi generosi nelle prime 24 ore, dopo di che il soprapparto si dichiara, e sette ore appresso viene espulso un feto vivo asfitico di sviluppo ottimestre. I fenomeni toracici vanno sempre più aggravandosi, sicchè la donna muore in terza giornata di puerperio e l'autopsia oltre che l'esistenza delle lesioni proprie d'una pleuro-polmonite sinistra sul finire del primo stadio, rivela un'anemia grave di tutti i tessuti ed avanzata degenerazione adiposa del muscolo cardiaco.

Le rimanenti tre puerpere morte per infezione puerperale presentarono i segni di peri e parametrite e susseguente peritonite diffusa.

Un maggior contributo (9 morte) alle forme settiche fu naturalmente apportato dalle puerpere illegittime delle quali una morì in sesta giornata con i fenomeni di infezione acutissima senza che alla necroscopia si trovasse nessuna delle localizzazioni addominali o intrapelviche solite a rinvenirsi allorchè il veleno assorbito uccide le malate in un tempo più lungo; ciò che accadde appunto di verificare alla tavola anatomica per le altre otto puerpere.

Il sistema di cura da noi ottenuto doveva naturalmente inspirarsi al medesimo concetto che ci aveva guidati nello istituire le misure di profilassi ostetrica; epperò in quel modo che s'era cercato con esse d'impedire la trasmissione e l'ingresso nell'organismo materno, della materia settica (qualunque fosse la sua natura e la sua provenienza) così una volta manifestati i primi sintomi dell'inquinamento cercammo di combatterne gli effetti.

1° Detergendo spesso la superficie di assorbimento (Iniezioni 3 volte al giorno con soluzioni fenicate al 2 e al 4 per cento).

2.° Combattendo la esagerata ipertermia con gli impacchi freddi e col chinino.

3.° Sostenendo le forze con una dieta riparatrice nella quale avevano larga parte il vino di Chianti e il Marsala.

Abbiamo poco da aggiungere a proposito del sistema di cura da noi tenuto nei casi in cui alla infezione generale era succeduta una localizzazione nel peritoneo o nel parametrio. Pur troppo, specialmente per la prima delle nominate malattie, le nostre risorse sono impari al pericolo che ne sovrasta; epperò piuttosto che ingannare noi stessi e gli altri, ed aggiungere con finzioni

terapeutiche, altre sofferenze a quelle cui è già condannata la paziente, cercammo di scemare l'elemento dolore, non cessando nello stesso tempo la cura antisettica, antifebbrile e riparatrice, adoprata per la infezione in genere,

La vera cura della peritonite settica, come ben dice il Bompiani (1), non può essere che chirurgica e noi ci auguriamo che la sua proposta, appoggiata del resto (come osserva il Mangiagalli) ad un tentativo clinico dello Spigelberg, possa essere presto tradotta in atto, con risultati meno sconfortanti di quelli a cui ci hanno abituati i vari metodi di cura medica.

Ed ora ecco riassunte in cifre la morbilità e la mortalità delle nostre ricoverate dal 1 febbraio al 15 ottobre:

Sezione occulte.

Parti 160, di cui 10 artificiali.
Puerperii morbosi di natura infettiva 45.
Morte (tra cui nessuna operata) 9.

Sezione legittime.

Parti 137, di cui 13 artificiali.
Puerperii morbosi di natura infettiva 14.
Puerperii morbosi per malattie preesistenti (pulmonite e cardiopatia) alla gravidanza 2.
Morte 5 (fra cui due operate).

III.

Operazioni.

Su 297 parti avvenuti complessivamente nello spazio di tempo più volte indicato l'arte dovette intervenire 23 volte, come risulta dal seguente riassunto:

Estrazione podalica	1
Applicazione di forcipe . . .	12

(1) *La irrigazione intrauterina o il trattamento chirurgico della metroperitonite puerperale (Annali di Ost. Gin. e Ped.*, marzo-aprile 1881).

Rivolgimento	7
Craniotomia semplice	1
Craniotomia e susseguente applicazione del forcipe Guyon.	2

Fra questi parti artificiali non abbiamo creduto di annoverare una *espressione* del prodotto del concepimento praticato con vantaggio in un caso di mola vescicolare, benchè per le circostanze speciali in cui si trovava la donna al momento del suo ingresso in Clinica il metodo del Kristeller abbia rappresentato per noi e per la salute della donna un soccorso non meno importante di uno qualunque degli altri atti operatori destinati a vuotar l'utero a termine di gravidanza.

La ricoverata di cui intendiamo parlare, certa Filippini, di anni 24, veniva accompagnata alla Maternità il 29 aprile con diagnosi: *metrorragia grave per causa da determinarsi.* E tale diagnosi era subito confermata dalla sola ispezione, presentando la donna tutti i segni d'una avanzata anemia. Interrogata rapidamente sulle vicende della sua vita sessuale seppimo che essa ha partorito a termine due volte e che per essere ora amenorroica da tre mesi si credeva nuovamente gravida, allorchè fu colta dalla perdita, per cui venne portata in Clinica.

Il ventre è voluminoso come per una gravidanza di sei mesi circa, ed il suono ottuso della percussione ci rivela che realmente quel volume è dato da un tumore della forma dell'utero gestante. Nessuna traccia però di parti piccole fetali, nessun soffio, nè battito. Col riscontro verifichiamo nel collo tutti i cambiamenti che ordinariamente gli sono impressi dalla gestazione non solo, ma dalla imminenza del parto. — Il sangue colando in piccolissima quantità ci giovammo di questa sosta per riparare alla meglio le forze della donna, restando ancora dubbiosi sulla natura della causa prima dell'emorragia e colpiti sopratutto dalla sproporzione tra il volume dell'utero e l'epoca presunta di gravidanza. Ventiquattro ore dopo, la perdita si rinnova e col primo riscontro attraverso l'orificio dilatato a 2 ctm., ma non più dilatabile di così, avvertiamo le medesime impressioni tattili che si hanno nei casi di placenta previa, e quasi subito l'uscita di grumi sanguigni misti agli acini ben noti della mola vescicolare, rendono anche troppo facile la diagnosi, sulla quale per vero anche i soli sintomi subbiettivi avrebbero dovuto richiamare fin dapprincipio la nostra attenzione.

La indicazione a vuotar l'utero era urgente, vuoi per la perdita già sofferta, vuoi per quella che necessariamente la donna avrebbe incontrato lasciando le cose a sè. La poca dilatazione e la resistenza del collo erano, per vero dire, due condizioni sfavorevoli al modo di intervento indicato, ma d'altronde non era nemmeno da ventilarsi l'opportunità del tamponamento come mezzo di aspettazione garantita, perciò che l'utero era abbastanza ampio per conservare tanto sangue quanto ne bastava far perire la donna di emorragia interna.

Non potendo aspettare e non potendo penetrare più che con due dita nell'utero, non ci rimaneva adunque che affidarci alla spremitura dell'utero, incoraggiati in ciò dalla discreta tolleranza colla quale erano sopportate dalla donna le nostre manovre.

Queste furono oltremodo faticose e durarono non meno di 20 minuti, durante la prima metà del qual tempo, però, e intanto che buona parte della mole veniva espulsa, l'emorragia concomitante fu così grave da farci temere per la vita della donna. La massa vescicolare raccolta raggiunse il peso di 500 grammi.

La donna, benchè oltremodo anemica, ebbe un puerperio fisiologico e venne dimessa in discrete condizioni di salute 15 giorni dopo il suo ingresso in Clinica.

Proseguendo ora nello spoglio degli atti operativi, di cui è cenno nel riassunto, troviamo inutile di arrestarci sul caso di estrazione podalica richiesta dalla minacciata vita del feto durante un parto per le natiche.

Diremo piuttosto per sommi capi quanto può interessare relativamente ai motivi determinanti ed alle vicende delle altre operazioni cominciando dalle

A. — Applicazioni di forcipe.

Febbraio 1. — Primipara di 35 anni. Pelvi normale - ore 11 di travaglio, di cui 5 appartenenti al periodo espulsivo - vertice allo stretto inferiore in posizione occipito-pubica. Insufficienza delle contrazioni, resistenza del piano perineale, minaccia di asfissia del feto. Forcipe Naegele - feto vivo - puerperio apiretico.

Febbraio 10. — Primipara di 34 anni con pelvi normale. Eccessiva durata del travaglio (4 ore di per. espulsivo). - Esauri-

mento della donna e irregolarità dei battiti fetali. Forcipe Naegele sul vertice allo stretto inferiore. Feto vivo, febbre traumatica in puerperio. Guarigione.

Febbraio 10. — Primipara d'anni 23, con pelvi normale. — Periodo dilatante, eccessivamente lungo per spasmo dell'orificio. Nel periodo espulsivo, delle contrazioni quasi continue ma deboli esauriscono inutilmente la donna e non fanno progredire la testa fetale giunta allo stretto inferiore. Forcipe Naegele. Bambino vivo. Puerperio morboso per peritonite diffusa. Morte della donna in 29ª giornata.

Maggio 13. — Primipara d'anni 21 con pelvi normale. Scolo prematuro del liquido amniotico. Contrazioni frequenti ma deboli. Minaccia di asfissia intrauterina del feto. Applicazione del forcipe Naegele sul vertice allo stretto inferiore. Bambino vivo. Puerperio normale.

Maggio 29. — Primipara di 32 anni con pelvi normale, gravidanza a termine - 36 ore avanti l'inizio del travaglio si dichiara una pleuro-pulmonite destra; le contrazioni uterine benchè deboli esacerbano grandemente la ortopnea preesistente. Testa nello scavo in posizione O. I. S. A. - Battiti fetali debolissimi. - Applicazione del forcipe Naegele. - Compimento del moto di rotazione; estrazione di un feto morto per asfissia. Madre guarita.

Luglio 13. — Primipara di 32 anni con pelvi normale. Vertice allo stretto inferiore dopo 18 ore di travaglio. - Forcipe Naegele allo stretto inferiore per minacciata asfissia del feto che viene estratto vivo. Puerperio normale.

Luglio 18. — Primipara d'anni 26, affetta da malattia di cuore (insufficienza della mitrale). Il lungo travaglio (14 ore) esaurisce le forze della donna ed aggrava i fenomeni della cardiopatia. - Forcipe allo stretto inferiore. - Bambino vivo. - Puerperio fisiologico.

Agosto 21. — Primipara d'anni 23 con pelvi normale. Vertice in posizione occip.-post. profondamente impegnata nello scavo - arresto del travaglio. Forcipe Naegele. Estrazione d'un feto vivo

voluminoso (Kil. 3,500). Lacerazione perineale di 2° grado. Perineorafia con successo parziale. Puerperio leggermente febbrile.

Agosto 25. — Primipara d'anni 20 - pelvi normale - febbricitante, con edema alle grandi labbra - portata in Clinica dopo 18 ore di travaglio al proprio domicilio. - Vertice allo stretto infer. in posizione O. I. S. A. - Arresto del moto di rotazione. - Non percettibili i battiti cardiaci. - Estrazione col forcipe Naegele di un feto voluminoso morto di recente. - Puerperio leggermente febbrile.

Settembre 24. — Donna di 37 anni, gravida per la 5ª volta, ci è portata in Clinica in travaglio di parto, in stato comatoso, dopo che aveva avuto 6 accessi di eclampsia (presenziati dal medico) a domicilio. Si constata una gravidanza apparentemente a termine, feto vivo presentantesi pel vertice, dilatazione a due lire. Somministrazione di 6 grammi di cloralio per clistere. Poco dopo surviene un nuovo accesso convulsivo non molto prolungato (e fu l'ultimo) e poi la donna ripiomba in profondo coma. Dopo otto ore di travaglio (durante i quali si somministrano altri 5 grammi di cloralio in clistere) la dilatazione è completa, la testa scende lentamente al piano perineale, e quivi si arresta per insufficienzadi contrazioni.

Una certa irriquietezza della donna ci fa temere l'insorgere di un nuovo accesso, i battiti fetali non si avvertono più tanto facilmente, epperò si applica il forcipe Naegele estraendo con esso un feto asfittico, presto rianimato e quasi a termine. La donna non riacquista la conoscenza che in 5ª giornata di puerperio, nel qual tempo si inizia una endometrite purulenta con fenomeni generali allarmanti. Iniezioni fenicate intrauterine. Impacco freddo. Chinino. Vino Marsala. Guarigione della donna in 25ª giornata.

Settembre 29. — Donna d'anni 29 con bacino leggermente piatto per rachitismo sofferto nell'infanzia. (Coniugata vera 85). Due gravidanze precedenti terminate con parti abortivi. L'attuale è giunta al 9° mese, si dichiara il travaglio e la testa fetale dopo parecchie ore di valide contrazioni riesce a superare l'ostacolo dello stretto superiore scendendo nello scavo. A questo punto però (17 ore dopo l'inizio dei dolori) l'utero si fa inerte, la donna è oltremodo spossata ed i battiti fetali si fanno irregolari, motivi

tutti per cui si fa una applicazione obliqua (O. I. S. A.) del forcipe Naegele e si ottiene la estrazione d'un feto a termine (K. 3,200) asfitico ma presto rianimato. Puerperio morboso per leggera parametrite e cistite del collo. La donna è dimessa un mese dopo il parto.

Ottobre 7. — Donna marasmatica d'anni 45, gravida per la 18ª volta, arriva in Clinica coi dolori del parto, dilatazione a 5 lire. Vertice in 1ª posizione. Dopo 8 ore di contrazioni deboli la testa è scesa nello scavo, ma vi è trattenuta non ostante la poca resistenza di un canale vaginale e di un ostio vulvare oltremodo rilasciati. Per questa causa e per l'esaurimento grande della donna si applica il forcipe Naegele e si estrae un feto a termine vivo. Puerperio fisiologico.

Ho evitato di estendermi maggiormente su ciascuna delle sopraccennate operazioni, e per non cadere in ripetizioni inutili e perchè anche dal modo sommario in cui sono esposte le rispettive storie, risulta abbastanza chiaramente quale sia stata la indicazione a cui volta per volta si è creduto di soddisfare.

Notiamo di passaggio come in tutte le nostre operate il forcipe venne impiegato per la migliore delle indicazioni; quella cioè di servire di succedaneo puro e semplice alla contrazione uterina troppo debole per rapporto alle necessità meccaniche del parto ed a quelle non meno importanti della salute della madre e del bambino.

Una sola di queste donne aveva un bacino leggermente piatto rachitico, ma allorchè intervenimmo, l'ostacolo opposto dalla coniugata all'impegno della testa, era già stato vinto; sicchè ormai il vizio pelvico non poteva più figurare in modo diretto fra gli elementi determinanti l'atto operativo, ma solo come coefficiente di un periodo espulsivo eccessivamente languido, avendo esso vizio richiesto una maggior somma di lavoro muscolare uterino per il passaggio della parte presentata allo stretto superiore.

Notiamo pure come di queste 12 operate, 9 fossero primipare ed una (la rachitica) potesse considerarsi come tale poichè giunta a termine di gravidanza per la prima volta, esistevano anche per lei quelle maggiori resistenze dell'orificio vaginale e del piano perineale per le quali in un primo parto più che nei successivi

occorre l'uso del forcipe. Nè dobbiamo tacere come l'età discretamente inoltrata di parecchie di queste primipare esagerasse dell'altro la sproporzione fra il *dare* dell'utero e l'*avere* delle resistenze succitate.

Abbiamo pure accennato al mancato moto di rotazione di un occipito anteriore, alla non riduzione di un occipito posteriore, all'esaurimento della donna, alla minaccia di vita del feto, alle convulsioni eclampsiche, come ad altrettanti motivi che ci indussero a intervenire; motivi tutti la cui enumerazione dimostra meglio d'ogni argomentazione quanto frequentemente l'ostetrico possa contare su quello strumento veramente provvidenziale che è il forcipe.

Nonostante che fra queste operate vi figurino una malata di cuore, una di pleuro-polmonite ed una di eclampsia, pure non si ebbe che un esito letale ed anche questo a scadenza molto lunga (29 giorni dopo il parto), dopo cioè che la infezione puerperale per quanto combattuta da noi, ebbe determinata la peritonite essudativa cui la donna dovette soccombere.

B. — Rivolgimenti.

In 7 casi, come si è detto, occorse l'operazione di Celso, e per essa come pel forcipe ci limitiamo a indicare i punti più salienti delle storie cliniche che vi corrispondono.

Aprile 11. — Donna di 39 anni, gravida per la 15ª volta, portata in Clinica già in travaglio di parto con presentazione della spalla sinistra, dorso anteriore. Rottura spontanea del sacco susseguita da procidenza del funicolo pulsante. Rivolgimento rapido. Feto vivo. Puerperio fisiologico.

Aprile 29. — Donna d'anni 34, gravida per la 10ª volta con pelvi normale. Travaglio a termine iniziato da 8 ore colla rottura del sacco. Vertice in prima posizione con pronunciata inclinazione frontale. I rapporti della testa col bacino non modificandosi nonostante la esistenza delle contrazioni uterine, accentuandosi sempre più la inclinazione frontale, ci si decide pel rivolgimento, il cui esito è felice per la madre e per il feto.

Maggio 29. — Primipara d'anni 30, normalmente conformata

nel bacino. Gravidanza gemellare diagnosticata a otto mesi per mezzo della palpazione. Espulsione spontanea del primo feto presentantesi pel vertice (O. I. S. A.). Anche il secondo feto offre la medesima regione allo stretto superiore, ma ad essa sono consociati ambedue gli arti inferiori, ciò che rende inutili gli sforzi espulsivi dell'utero.

Riusciti inutili i tentativi di respingere la testa e inutili pure le trazioni su un piede sceso al disotto dell' orificio si introduce la mano destra nella cavità uterina e fatto una buona presa su un ginocchio del feto se ne compie il rivolgimento. Feto asfitico, ma rianimato. Puerperio patologico per endometrite. Iniezioni intrauterine con soluzioni fenicate al 2 ed al 4 per cento. Guarigione.

Giugno 10. — Donna di 29 anni, incinta per la 5ª volta, ricevuta in Clinica con diagnosi di emorragia grave da placenta previa, gravidanza a termine, travaglio iniziato da qualche ora. Noi troviamo: dilatazione a due lire, bordo placentale a sinistra, presentazione del vertice (O. I. S. A.), sacco intatto, emorragia persistente. — Rotte artificialmente le membrane, l'emorragia si frena, ma la testa non si impegna perchè vi fa ostacolo la consociazione d'un piede. Si tenta inutilmente di respingere quest'ultimo, sicchè introdotte le dita della mano sinistra nella cavità uterina e respinta con un po' di difficoltà la testa, si afferra il piede consociato e lo si porta in vagina. A questo punto l'orificio si contrae spasmodicamente sull' arto fetale, sicchè in vista della maggior facilità a lacerarsi del segmento inferiore allorquando vi è inserita la placenta, si sospendono per un'ora le trazioni, e ripresele più tardi si estrae con facilità un feto quasi a termine asfitico e presto rianimato.

Il puerperio fu patologico per peritonite settica e flemone del legamento largo sinistro. Morte della donna in 12ª giornata.

Luglio 13. — Primipara di 18 anni con pelvi normale, accolta alla Maternità a travaglio a termine appena iniziato e in preda a convulsioni eclampsiche (12 accessi a domicilio), orificio aperto non più di 2 ctm., sacco intatto. Vertice in 1ª posizione. Nelle cinque ore successive al suo ingresso si ripetono altri 5 accessi della durata di 2 minuti circa. In questo spazio di tempo si ot-

tiene la narcosi della donna a mezzo di 5 grammi di cloralio dato per clistere e coll'impiego contemporaneo di modiche inalazioni di cloroformio. Intanto l'orificio uterino ha aumentato la sua dilatabilità in modo che si può intraprendere il rivolgimento, col quale si estrae un bambino asfitico che non si riesce a richiamare alla vita. Altri 2 accessi soltanto si ripetono nelle prime 4 ore dopo il parto, e la donna non si risveglia dal coma che per brevissimi intervalli nella prima giornata di puerperio. Però questo decorre in modo fisiologico e la donna perfettamente ristabilita abbandona lo Stabilimento in 15ª giornata.

Agosto 22. — Donna di 40 anni al suo 8° parto. Ci arriva in Clinica a travaglio avanzato, sacco rotto, orificio dilatabile, presentazione della spalla destra dorso posteriore. Immediata esecuzione del rivolgimento con esito felice pel feto e per la madre.

Settembre 27. — Donna di 34 anni. Conta nella sua storia otto parti a termine e due aborti Viene portata in Clinica a travaglio già iniziato da 4 ore con dilatazione a 5 lire; sacco intatto, presentazione della spalla sinistra dorso anteriore. Due ore dopo il suo ingresso la dilatazione essendo completata si pratica il rivolgimento che riesce oltremodo facile e che dà un ottimo risultato per la madre e per il feto.

Per il primo e gli ultimi due rivolgimenti ogni commento sarebbe superfluo dacchè tutti e tre furono eseguiti colla massima facilità, nel momento di elezione e per la contingenza classica della operazione di Celso.

Quello eseguito il 29 aprile potrebbe invece essere accusato di inopportunità, dappoichè, trattandosi di presentazione del fronte, non era da escludersi la possibilità d'un parto spontaneo, od a peggio andare d'una applicazione di forcipe, una volta che la testa maggiormente impegnata avesse tardato troppo ad essere espulsa.

Ci si potrebbe anche domandare come mai abbiamo fatto così poco a fidanza coi tentativi di correzione manuale o strumentale intesi a riportare il vertice sul centro del bacino od a sostituire a questa presentazione l'altra della faccia.

La risposta a tali obbiezioni ci è fornita dalle condizioni speciali di quel travaglio. Nonostante infatti che esso durasse da

parecchie ore e che le acque fossero colate, esistevano sempre per parte dell'utero le migliori condizioni permettenti il rivolgimento, e pure buonissime erano le condizioni della madre e del bambino; avevamo insomma tutti i fattori di uno di quei rivolgimenti nei quali non si esagera paragonandoli pei loro effetti ad un parto spontaneo. Epperò non abbiamo esitato a praticarlo piuttostochè affidarci alla aspettazione assoluta o condizionata i cui vantaggi erano discutibili davanti ad un modo così opportuno, di allontanare dalla madre e dal feto tutti i possibili pericoli inerenti ad un parto per il fronte. Possiamo anche aggiungere che trattandosi di un fatto clinico usufruito per l'istruzione di giovani in gran parte destinati ad esercitare in campagna, mentre ci pareva doveroso di indicar loro, come facemmo, le varie risorse di cui l'arte e la natura dispongono in casi simili (1), ci sentivamo però obbligati a dar risalto ai vantaggi di quell'atto operatorio che, intrapreso a tempo, presentava le maggiori garanzie di successo, anche se eseguito da chi si accinge alle prime armi della pratica ostetrica.

Il rivolgimento del 29 maggio merita di essere ricordato per la rarità della causa che ne forniva la indicazione; la consociazione cioè di ambedue i piedi del feto, ai lati della testa. Trattavasi però del *secondo arrivato* in un parto gemello e si capisce come la maggiore spostabilità di cui godono le parti piccole in simili casi, sia una circostanza favorevolissima alle presentazioni complesse. Anchè qui, come nel precedente caso, la versione podalica non era di certo l'operazione d'obbligo, e noi pure non v'ebbimo ricorso se non dopo avere inutilmente tentato con manovre esterne ed intravaginali di far riprendere alle parti del feto i loro reciproci rapporti, per modo che l'estremo cefalico o quello podalico si impegnassero isolatamente.

Riusciti vani questi tentativi, *fuori dell'utero*, ed esclusa una ulteriore aspettazione, perciò ch'esso non poteva modificare, se non in peggio, lo stato delle cose e portarci forse alla necessità di una craniotomia, ci rimaneva da scegliere fra il respingimento di uno dei due estremi fetali contemporaneamente affacciati allo stretto superiore (colla mano introdotta nell'utero), il forcipe od il rivolgimento.

---

(1) A questo scopo ci giovammo specialmente del bel lavoro del Prof. Mangiagalli: *Del parto per il fronte.*

Per la elevazione della testa e per le difficoltà che si sarebbero incontrate a condurre la prima branca del forcipe fra la metà sinistra del bacino e la testa fetale o per meglio dire fra questa e le parti consociate, escludemmo l'impiego di questo strumento; tanto più che il passaggio della mano attraverso l'orificio era sempre possibile senza pericolo per la donna. Che se una volta penetrati in cavità anzichè removere semplicemente la consociazione ci appigliammo al rivolgimento, ciò si fu perchè senza aumento di pericolo per la donna questo atto operativo ci dava migliori garanzie di una pronta ultimazione del parto in vista specialmente delle forti resistenze che ci avrebbe offerto un canale vulvo uterino recentemente attraversato da un altro feto.

Il caso in questione va anche ricordato perciò che servì a dimostrare alla scolaresca le d fficoltà che si incontrano nel giudicare di una gravidanza gemella e la utilità che per tale diagnosi si può trarre da una diligente palpazione addominale.

Sulla nostra donna infatti il volume del ventre non era per nulla esagerato o per lo meno non appariva tale in grazia di una statura eccezionalmente alta e mancavano in lei tutti i fenomeni dovuti alla maggior pressione esercitata dall' utero sugli organi contigui (dispnea-cardiopalmo, edema soprapubico, distensione eccessiva delle pareti addominali). Lungo il tragitto della linea alba non appariva per nulla quella depressione che è indicata dagli autori come indizio probabile di doppio contenuto nell' utero e l'ascoltazione rivelando un solo focolajo di battiti fetali nel quadrante inferiore sinistro ci forniva un altro segno negativo di gravidanza gemella. Praticando però la palpazione soprapubica come è nostro costume di far sempre, avanti di procedere al riscontro vaginale, ci riuscì di afferrare colla mano atteggiata a morsa, una parte di feto la quale per la resistenza il volume e la mobilità non esitammo a diagnosticare essere la estremità cefalica libera allo stretto superiore.

Introdotto poi il dito in vagina, non fu poca la nostra sorpresa sentendoci subito arrestati da un altro tumore profondamente impegnato nello scavo, tumore che per la sottigliezza del segmento inferiore da cui era ricoperto potevasi diagnosticare con certezza non esser altro che la testa fetale Era quindi evidente che se le sensazioni tattili percepite attraverso le pareti addominali e attraverso la parete uterina ci avevano detto il vero, non si poteva trattare di un solo ma di due tumori cefalici soprapposti

l'uno all'altro; epperò esclusa per la sua rarità la diagnosi di un mostro a due teste non esitammo a formulare nettamente quella di gravidanza gemella. La numerosa scolaresca che assisteva alla Clinica vidi benissimo come accettasse con benefizio di inventario un giudizio in cui favore non militava che un solo segno positivo mentre poi eranvene tanti altri di negativi, ed io mi felicitai di questi dubbj sollevati poichè mi riprometteva che essi avrebbero servito a mantener desto quell'interesse all'*esito finale* senza di cui le lezioni non lasciano che delle impronte ben fugaci nella mente dei giovani.

Altri due rivolgimenti, quelli del 10 giugno e del 13 luglio furono praticati per le due contingenze più gravi della clinica ostetrica: emorragia da placenta previa ed eclamsia; ed anche a proposito di essi dobbiamo dire come la modalità del nostro intervento piuttosto che stabilita *a priori* appena ricevuta la donna, ci fosse suggerito dalle condizioni speciali del momento nel quale credemmo dannoso un' ulteriore durata del travaglio. Se la rottura del sacco amniotico nel caso della ectopia placentale avesse bastato come basta molte volte a sospendere l' emorragia noi ci saremmo bene guardati da un ulteriore intervento perciò che lo spasmo del collo uterino non poteva a meno di rendere difficile e pericolosa tanto la introduzione della mano quanto la estrazione del feto; ma sgraziatamente in codesta donna già anemica, la insistenza della perdita nonostante lo scolo delle acque toglieva ogni pretesto all'aspettazione, la quale era tanto più sconsigliabile inquantochè la consociazione dell' arto inferiore sinistro ai lati della testa costituiva un motivo di ritardo nell' ulteriore suo impegno, ed i tentativi di respingere l'arto stesso, ove non susseguiti da esito pronto, avrebbero forse peggiorato lo stato delle cose, aumentando il distacco e l' emorragia senza garantirci la pronta espulsione del feto; condizione *sine qua non* della cessazione della perdita. Non ci rimaneva adunque che affidarci o al distacco placentale secondo il metodo del Barnes od al rivolgimento circondato da tutte quelle cautele cui eranci imposte dalle condizioni speciali dell' orificio uterino e del segmento inferiore. Notiamo appena come il tamponamento non era discutibile vista la già avvenuta rottura del sacco e come il forcipe trovasse altrettante controindicazioni nella elevazione della testa nella consociazione del piede e nel grado di apertura dell' utero.

Al distacco artificiale (benchè ci tentassero i risultati dal Chiarleoni) non ebbimo il coraggio di ricorrere, temendo che la donna non potesse resistere a quel tanto di perdita che lì per lì avressimo procurato noi stessi durante la separazione del lembo placentale del segmento inferiore.

Accettammo dunque per via di esclusione il rivolgimento non come il *migliore* ma come il *meno peggiore* fra i soccorsi che l'arte ci offriva in pro' della donna. Che se l'esito ultimo non fu fortunato (la paziente morì di peritonite settica in 12ª giornata di puerperio) al certo non era da incolparsene l'atto operativo, ma bensì la maggior predisposizione ai processi settici, propria delle puerpere anemiche in genere e specialmente di quelle che lo sono per emorragie da placenta previa.

La modalità del nostro intervento sul caso di eclamsia offre meno opportunità di discussione, perocchè se non regna ancora perfetto accordo fra gli ostetrici circa la cura medica della malattia in questione, tutti però convengono sempre nell'antica massima di vuotar l'utero al più presto possibile una volta che il travaglio sia dichiarato, sciegliendo quella operazione che in ogni singolo caso fornisce le migliori garanzie per la vita della madre e per quella del bambino. Epperò la eclamsica del 13 luglio, nella quale gli accessi si succedevano con frequenza allarmante fu da noi operata di rivolgimento non appena ne esistette il permittente, mentre nell'altra malata (del 24 settembre) in cui si ebbe una prolungata sospensione degli accessi, credemmo di poter concedere un tempo maggiore alla aspettazione con questo vantaggio di limitare più tardi la nostra parte attiva ad una semplice applicazione di forcipe allo stretto inferiore.

Come trattamento *medico* abbiamo preferito in questi casi (e in altri della pratica privata), la narcosi cloralica (5 a 6 grm. nello spazio di due ore per bocca o per clistere) consociando ove occorra l'uso di questo agente terapeutico alle inalazioni moderate di cloroformio ed un tal metodo ci è parso raccomandabile non foss'altro per ciò che è diretto a combattere l'elemento causale meno discutibile delle convulsioni; vogliamo dire la eccitabilità del sistema cerebro spinale.

C. — Craniotomia e cefalotrissia.

Sommano a tre i casi di craniotomia occorsi nel tempo del nostro incarico. Due volte essa fu praticata per sproporzione fra la testa fetale ed il bacino (stenosi pelvica - idrocefalo) ed un'altra come compenso preferibile ad una applicazione di forcipe trattandosi di testa scesa nello scavo a feto morto.

Come si capisce facilmente tanto in questo ultimo caso come in quello di idrocefalo la craniotomia sola rappresentava un sufficiente compenso alla sproporzione diametrica fra la testa fetale e il bacino, giacchè a quel modo che l'uscita del liquido intracranico toglieva di mezzo l'ostacolo al passaggio del feto così il foro della craniotomia in una testa già impegnata, aumentava sufficientemente la sua riduttibilità per facilitarne la espulsione all'utero, ancorchè stanco, o permetterne la estrazione a mezzo di due dita introdotte nella breccia praticata.

Nel caso invece di stenosi pelvica la craniotomia non fu se non un atto preparatorio al successivo schiacciamento della testa, ottenuto a mezzo del forcipe Guyon. Questo strumento non smentì neanche stavolta la buona reputazione creatagli per primo dal Chiarleoni accresciutagli poi dal Cuzzi ed ora stabilmente assicuratagli dai molti casi di buona riuscita, pertinenti in gran parte alla Scuola di Milano (1). Che se il cranioclaste del Braun rappresenta, come non ne dubitiamo, l'ultima perfezione nella tecnica della cefalotrissia, pure non crediamo ancora giunto il momento di mettere da parte lo strumento del Guyon; il quale, stretto parente com'è del forcipe e per la forma e per il peso e pel modo di applicazione, avrà sempre il gran vantaggio di ispirare maggior fiducia e di essere maneggiato con maggior sicurezza anche da chi esercitando nelle campagne si trova alle prese colle multiformi difficoltà dell'arte nostra.

Detto ciò, ecco il sunto delle tre storie cliniche riguardanti le operate in questione.

Marzo 13. — Primipara, d'anni 38, con pelvi piatta rachitica (C. V. 78 mm.). È portata in clinica a travaglio iniziato da 24 ore, acque scolate da quasi altrettanto tempo, testa fissa allo stretto

---

(1) Vedi Mangiagalli. *Il Quinquennio* 1875-79 nella Clinica Ostetrica di Milano.

superiore in presentazione di vertice O. I. S. A. L'assenza completa dei battiti, lo scolo di meconio e l'esistenza di un grosso tumore del parto sono i criteri pei quali, diagnosticato il vizio di bacino, ed esistendo il permittente per parte dell'utero ci decidiamo a liberare subito la donna. Aperta la vôlta cranica colle forbici dello Smellie e fissata esternamente la testa fetale dalle mani d'un assistente si procede alla applicazione del forcipe Guyon, il quale dopo un graduale e lento avvicinamento dei manici ci dà una presa abbastanza buona per far passare la testa così schiacciata attraverso lo stretto superiore. — Puerperio morboso per leggera endometrite. — Guarigione (1).

Giugno 19. — Primipara, d'anni 19, pelvi piatta (C. V. 75 mm.). Gravida a 7 mesi e mezzo; presentazione del vertice. Provocazione del parto col metodo del Kivish. Travaglio irregolare per spasmo dell'orificio uterino e scolo prematuro del liquido amniotico. Dopo due giorni dall'inizio dei dolori la dilatazione si fa completa e la testa si fissa fortemente allo stretto superiore e poi si impegna nello scavo ove è arrestata per le troppo deboli contrazioni uterine. In questo tempo la donna si è fatta febbricitante, il ventre meteoritico, i battiti fetali non si avvertono che molto indistintamente e cola meconio in abbondanza. Per questi motivi si fa la craniotomia colle forbici dello Smellie, dopo di che aiutando noi il lavoro del muscolo uterino tirando con due dita immesse nella vôlta cranica, si ottiene la ultimazione del parto. Il feto appariva di sviluppo ottimestre. — Puerperio leggermente morboso per febbre traumatica. — Guarigione in 12ª giornata.

Luglio 14. — Secondipara, di 28 anni, a termine, con pelvi normale e presentazione dell'ovoide pelvico completo. Dichiaratosi il travaglio ed espulsa buona parte del tronco fetale, si viene in ajuto dell'utero con delle trazioni sul tronco stesso e quindi si disimpegnano le braccia. Riesce però inutile ogni sforzo diretto

---

(1) Quasi contemporaneamente a questo caso ce ne occorreva un altro consimile nella pratica privata sopracchiamati dall'egregio collega Dr. Bottari. Primipara di 32 anni con pelvi piatta rachitica (C. V. 76) in travaglio da 30 ore, feto morto, testa fissa allo stretto superiore, utero spasmodicamente retratto. Anche qui con una sola applicazione del forcipe Guyon (dopo la craniotomia) si riuscì a schiacciare e poi estrarre la testa fetale. Puerperio normalissimo.

a far scendere la testa che palpata attraverso le pareti addominali appare oltremodo voluminosa. Ne viene quindi il dubbio che si tratti di idrocefalo e siccome le pulsazioni del funicolo sono ormai cessate si desiste dal tirare sul tronco e si perfora il cranio dietro l'apofisi mastoidea sinistra mediante la forbice dello Smellie.

Non si ottiene neppure una goccia di liquido da questa prima craniotomia ed allora se ne pratica una seconda attraverso la vôlta palatina, dalla quale esce subito un fiotto di liquido trasparente (circa 300 grm.). Riesce allora facilissimo di impegnare e poi di estrarre la testa durante il cui passaggio attraverso la filiera pelvica continua a colare del liquido idrocefalico non solo dalla ferita del palato ma anche da quella situata alla regione mastoidea. La donna ebbe un puerperio fisiologico ed abbandonava lo stabilimento in 10ª giornata.

Inutile di riferire le solite particolarità anatomiche di una testa idrocefalica Diremo piuttosto che tutte le altre parti del feto erano molto bene sviluppate (peso 3500 grm.), e non presentavano nessuno di quei vizi di conformazione i quali come la spina bifida ed i piedi torti sono frequentemente concomitanti alla idrocefalia.

Codesta diagnosi fu dunque da noi formulata non senza una certa esitazione appoggiati soltanto al maggior volume dell'utero e alla normale conformazione del bacino; e si può ben imaginare come il risultato negativo della prima craniotomia dovesse aumentare il timore di un errore diagnostico, persuasi come eravamo di essere penetrati collo strumento al disopra della base cranica.

L'esito favorevole della seconda perforazione e l'uscita del liquido idrocefalico da tutte e due le aperture ci tolse fortunatamente ogni dubbio tanto sulla diagnosi quanto sul buon impiego delle forbici dello Smellie.

CASUISTICA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

del Prof. A. CUZZI

(*Contin.*, Vedi N. 10-11, Anno IV, 1882, pag. 582).

V.

Prolasso uterino - Colpoperineorafia - Guarigione.

Molti ginecologi, mettendosi sul terreno anatomico, fanno del prolasso uterino tre gradi:

1.º grado, detto anche semplice abbassamento, nel quale l'utero quantunque spostato in basso non fa ancora capolino col muso di tinca fra la fessura genitale;

2º grado, chiamato anche prolasso incompleto, nel quale il collo sporge più o meno fra le grandi labbra;

3º grado, o prolasso completo, nel quale tutto il viscere si è fatto ernioso e pende fra le coscie.

Quantunque un grande numero di questi spostamenti non sia definitivo, ma segni solo forme di passaggio, pur tuttavia una certa classificazione in ordine di frequenza è possibile. Se sto alla mia esperienza, io sono inchinevole ad ammettere, che più di soventi si presenti all'osservazione del clinico il prolasso incompleto o di secondo grado. E che così debbano essere le cose si comprende facilmente: nel prolasso di primo grado i disturbi generalmente non sono così pronunciati da vincere la abituale ritrosia che ha ogni donna per un minuto esame ginecologico, mentre prima che la malattia si faccia di terzo grado, la paziente dalle sofferenze e dall'inquietudine viene costretta a ricorrere per consigli a persone dell'arte. Ho visto un discreto numero di casi di prolassi incompleti, una sol volta un prolasso completo, e poche volte soltanto mi imbattei in semplici abbassamenti.

Qui, poichè me ne torna il destro, voglio ricordare un caso interessante osservato durante la gravidanza in una signora di Torino, che mi fu fatta vedere da un mio collega, il Dr. Giordana nell'anno 1876.

La gravidanza era alla fine del 7º mese; a donna in decubito orizzontale si poteva respingere il collo uterino nella parte alta dello scavo in situazione normale; a donna in piedi l'utero si abbassava in massa, dimodochè divaricando le grandi labbra si poteva colla vista ispezionare direttamente parte del segmento inferiore, mentre attraverso il medesimo col dito esploratore si sentiva distintamente la testolina fetale, facilmente palleggiabile.

Nel caso clinico che imprendo a narrare trattavasi di prolasso incompleto o di secondo grado.

Clinica Ostetrica di Modena. — N. 95 del 1881, entra in Clinica il 30 novembre. D'anni 33, massaia, di buona costituzione, mestruata per la prima volta a 17 anni, ebbe sette gravidanze, che terminarono con un parto spontaneo, susseguito da puerperio normale e da allattamento regolare. Dopo l'ultimo parto la donna avvertì come nell'alzarsi facesse capolino fra i genitali un corpo rotondeggiante nel quale trovavasi scavato un'orificio, l'orificio uterino esterno. Già fin dopo la penultima gravidanza si era verificato qualche cosa di consimile, ma allora non ci badò più che tanto, perchè il fatto si manifestava solo durante grandi sforzi corporei; e perchè spingendolo indietro col dito, tale corpicciattolo rimaneva nascosto nei genitali. Attualmente invece, anche durante la notte, nel decubito orizzontale, si mantiene ridotto difficilmente. Ai disturbi meccanici occasionati dalla presenza di questo corpo fra la rima genitale si aggiunsero leucorrea, stitichezza, difficoltà di evacuare la vescica, e dolori sacrali piuttosto vivi, esacerbantesi specialmente durante i lavori faticosi, ai quali la donna dalla sua condizione sociale è costretta. A questo stato di cose a poco a poco si fece compagna un po' di denutrizione e di anemia, ed un cangiamento nell'affettività e nel carattere. La donna si lamenta di disturbi digestivi, è nervosa, inclinata alla melanconia, ama l'isolamento e sfugge le persone anche più care. Per cercare di mettere fine alle sue sofferenze, dal paese nativo venne a presentarsi al dispensario, ed avendo accettato la proposta fattale di entrare in clinica per essere curata, veniva ammessa, come si disse, il 30 novembre.

Presentata subito alla scolaresca, la diagnosi non poteva essere

dubbia: la lunghezza normale della cavità uterina misurata coll'isterometro (7,5 ctm.) e la mancanza del fondo uterino nella regione ipogastrica alla esplorazione combinata la distinguevano nettamente da qualsiasi varietà di ipertrofia cervicale, anche dalla varietà sopravaginale, che arrovesciando la vagina, e stirando sulle labbra del muso di tinca può con essa più facilmente confondersi. Avevamo quivi poi in atto tutte le circostanze, che sono considerate come favorevoli alla produzione del prolasso. Esisteva difatti una profonda lacerazione perineale occasionata dai parti pregressi, da tempo cicatrizzata, che sappiamo agire rendendo più retta la strada, che l'utero deve battere nell'abbassarsi, e togliendo alla vagina la funzione di colonna di sostegno, che mantiene il collo lontano dall'orificio vulvare; vi era un po' di aumento di volume, e quindi di peso dell'utero, che si presentava non regolarmente involuto ed in corso di una metrite interstiziale o parenchimatosa che dir si voglia; non mancava certo il rilasciamento, in seguito alle gravidanze pregresse, dell'atmosfera legamentosa uterina, e specialmente del peritoneo pelvico e delle fibre muscolari liscie che lo raddoppiano, che al dire di Fritsch (1), forma il più valido legamento per mantenere l'utero in alto; ed infine non faceva difetto l'aumento della pressione intra-addominale da lavori faticosi, ai quali la donna doveva sottomettersi per le necessità della vita.

Tenuto conto delle condizioni dell'ammalata, del principio, relativamente recente, della malattia, del pochissimo valore dei pessari contentivi in confronto delle operazioni plastiche, della possibilità di una *restituitio ad integrum* mediante la colpoperineorafia, della poca gravità di questo atto operativo, col quale si poteva ottenere una guarigione radicale, proposi, e venne accettato un attivo e cruento intervento. D'altra parte se questo non fosse riuscito, si sarebbe sempre potuto pensare ai pessari, cui pur troppo si ricorre soltanto come a grucce, talvolta sgraziatamente indispensabili, negli spostamenti uterini, ben sapendosi che le guarigioni *reali* di queste infermità mercè tali mezzi, sono una eccezionalissima rarità.

Essendo l'utero per lento processo flogistico alquanto ingrossato

---

(1) *Enciclopedia di patologia chirurgica*, di Pitha e Billroth. — Articolo alterazioni di posizione dell'utero, per Fritsch. Vol. IV, Parte I, pag. 232 della traduzione italiana.

di volume, ed il collo un po' tumefatto, prima di ricorrere all'atto operativo cercai di migliorare le condizioni locali del viscere diminuendone lo stato infiammatorio ed il volume. A tale scopo misi in opera la medicazione che soglio adoperare nei casi semplici contro la metrite cronica parenchimatosa, consistente in scarificazioni del collo e medicazioni risolventi. Le scarificazioni, piuttosto profonde, le ripetei una volta ogni cinque giorni, dando esito ciascuna volta a quattro o cinque cucchiaiate di sangue; nell'intervallo fra una scarificazione e l'altra applicavo sul collo tamponi impregnati di una miscela di iodio e glicerina nella proporzione di 1 a 3. A mia mente le scarificazioni dovevano diminuire la congestione uterina svotando i vasi in modo diretto, e e fors'anche in modo indiretto coll'eccitare alla contrazione le fibre muscolari liscie dell'utero; i tamponi iodici a loro volta dovevano servire come risolventi dell'essudato interstiziale, e nello stesso tempo rendere forse più robusta la massa legamentosa, agendo su di essa attraverso il fornice vaginale. Andreef ha difatti raccomandato nel 1872 di pennellare il fornice vaginale con tintura di iodio allungata in pari quantità di alcool: queste pennellazioni si ripetono una volta alla settimana con soluzioni gradatamente più concentrate. Il risultato loro dipende, secondo alcuni, non da un restringimento della vagina, ma da un rafforzamento dei legamenti uterini. A questa medicazione anticongestizia e risolvente aggiunsi la riduzione del viscere, mantenendo detta riduzione col far stare la donna a letto anche buona parte della giornata con la regione pelvica piuttosto elevata mediante cuscino; di giorno una fascia a T sostenente cotone fenicato, col quale rimborrai la parte più bassa della vagina, impediva al viscere di far capolino fra i genitali. Mediante tali misure i legamenti allentati alquanto tendono ad acquistare tonicità, e la circolazione uterina in virtù del più facile deflusso del sangue venoso viene pure ad essere migliorata sia per legge di gravità, che per il diminuito angolo di inflessione dei vasi al luogo di emergenza dal viscere.

Un mese di questa cura doveva rendere, come difatti rese, un po' meno voluminoso l'utero, le di cui dimensioni, a dire il vero, malgrado l'affezione esistente già da tempo, non erano molto esagerate. Scelsi per l'atto operativo il decimo giorno dalla fine della menstruazione per essere fedele al precetto, da me adottato, di eseguire le operazioni ginecologiche appunto verso la metà del

periodo intermenstruo. In tale momento difatti la congestione periodica verso gli organi pelvici è interamente scomparsa. Il 3 gennaio 1882, messa la donna nella posizione dorso-pelvica, previa prolungata irrigazione vaginale disinfettante, lavorando sotto un filo di acqua fenicata diedi principio all' atto operativo.

Lo scopo che io mi proponevo di raggiungere era duplice: restringere la vagina, riformare il perineo. Fra la numerosa congerie di processi operativi diretti a tale scopo, e dei quali si può leggere una buona descrizione nell' Enciclopedia Chirurgica di Pitha e Billroth (Vol. IV, Parte I), diedi la preferenza a quello di Hegar e Kaltenbach, che mi parve più spiccio e più semplice, senza essere perciò meno sicuro.

Si sa che la colpoperineorafia posteriore di Hegar e Kaltenbach consiste essenzialmente di due tempi: nel primo si fa la cruentazione, e nel secondo la sutura. La cruentazione è duplice, vaginale cioè e vulvare: essa si ottiene mediante una incisione a V rovesciato, coll'apice sulla parete vaginale posteriore a 5 cent. circa di distanza dalla vulva; le due aste della V si terminerebbero presso a poco in corrispondenza del punto, ove esisteva la naturale commettitura vulvare posteriore prima della lacerazione perineale Quanto di tessuto trovasi compreso in questa incisione angolare deve essere cruentato; in tal modo è finito il primo tempo. I margini della cruentazione vengono allora ravvicinati l'uno all' altro e fatti combaciare mediante sutura semplice, i fili della quale, a direzione trasversale, si collocano in posto cominciando dall' alto e venendo in basso.

La cruentazione riuscì con abbastanza facilità, ed in essa, dando un po' più di divaricazione alle aste della V, compresi anche la parte più posteriore della superficie interna del pudendo. Malgrado la cura di eseguire la cruentazione un po' profondamente, l'emorragia fu assai lieve. Per la sutura impiegai cinque fili metallici in corrispondenza della porzione vaginale, e quattro in corrispondenza della regione vulvare. Dopo l' attorcigliamento dei fili le parti costrette a contatto non mostravano soverchia tensione.

Nulla di notevole si ebbe ad osservare dopo l' atto operativo all' infuori della comparsa di una lieve emorragia in quarta giornata, emorragia evidentemente di origine uterina, e che durava in scarsa quantità per tre giorni. In sesta giornata si tolsero i punti di sutura, e si potè constatare completa adesione in corrispondenza della sutura vaginale: della sutura vulvare solo verso

il punto più anteriore la aderenza aveva mancato. La donna venne trattenuta a letto fino in quattordicesima giornata dall'atto operativo.

Prima di dimetterla dalla Clinica viene esaminata. All'esplorazione si sente che l'utero riposa mediante il suo collo sullo sprone risultante dal ravvicinamento dei bordi dell'incisione vaginale; la vulva è sufficientemente rifatta. Nel camminare e nella vita abituale della clinica il viscere si mantiene ridotto, e non si fa procidente anche durante la tosse e sotto gli sforzi della defecazione.

Voglio richiamare un momento l'attenzione sull'emorragia, che si ebbe a verificare in quarta giornata dall'atto operativo. Anche nelle due operate di ovariotomia, che guarirono, e delle quali è parola nel capitolo antecedente, ebbi a notare lo stesso fatto. Già fin dal 1874 il Terillon nel *Progrès Medical* aveva parlato di queste emorragie consecutive agli atti operativi ginecologici. Ritorna oggi sull'argomento in un altro lavoro nel quale si occupa appunto dei disturbi della mestruazione dopo le lesioni chirurgiche e traumatiche, e dopo l'ovariotomia (1). Il ginecologo deve sapere apprezzare al suo giusto valore tale emorragia, che potrebbe trascinarlo alla ricerca di un supposto vaso ferito durante l'atto operativo, che si sospetta come origine della perdita di sangue. Sembra che in seguito alle operazioni praticate sulla sfera genitale, ed anche sulle mammelle, avvenga in corrispondenza della mucosa uterina una congestione passaggera capace di dar luogo ad una perdita di sangue più o meno abbondante; tale congestione invece di succedere al momento del regolare periodo menstruo, al dire del Terillon si manifesta prima per un'azione nervosa partente dalla ferita. Egli la considera come un fenomeno assolutamente fortuito, perchè non sembra avere alcuna influenza sulla comparsa della mestruazione.

Nel caso clinico, che ho riferito, essendo la donna uscita dall'Istituto pochi giorni dopo la sua alzata da letto, non si potè studiare il modo di decorrere delle mestruazioni successive.

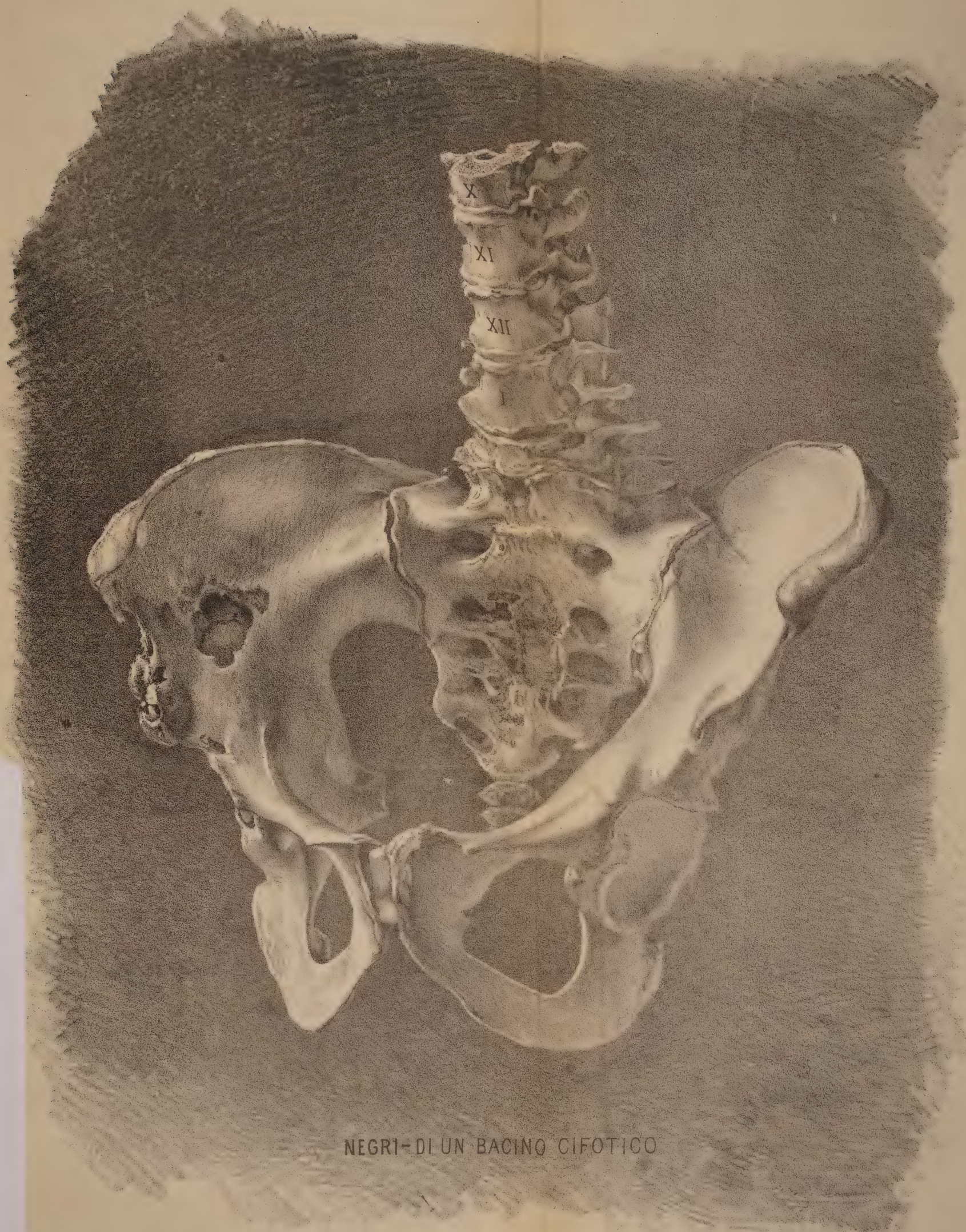
(Continua).

---

(1) Terillon. *Des troubl. de la menst. apr. les lesions chirurg. ou traumat. et après l'ovariotom.* — (*Annal. de Gyn.*, sett. 1882).

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.



NEGRI - DI UN BACINO CIFOTICO

A. Baistrocchi, dis: e lit: dal vero

Lit: D. Bellazzi, Milano.

NEGRI - DI UN BACINO CIFOTICO

Baistrocchi, dis: e lit: dal vero

Lit: D. Bellazzi, Milano.

XXVIII
h